

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**JACKS SORATTO**

**SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS,  
2016**

**JACKS SORATTO**

**SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Trabalho em Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires.

**FLORIANÓPOLIS,  
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Soratto, Jacks

Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da  
Estratégia Saúde da Família / Jacks Soratto ; orientadora,  
Denise Elvira Pires de Pires - Florianópolis, SC, 2016.  
241 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia  
Saúde da Família. 4. Satisfação no trabalho. 5. Pesquisa  
qualitativa. I. Pires, Denise Elvira Pires de. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

JACKS SORATTO

**SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO NO TRABALHO DE  
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para obtenção do título de:

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e APROVADA em 14 de dezembro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

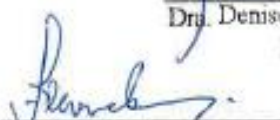


Dra. <sup>Vânia</sup> Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
Presidente



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Membro (titular)



Dra. Luciane Bisognin Ceretto  
Membro (titular)



Dra. Maria Chafim Coulinho  
Membro (titular)



Dra. Regina Rigatto Wilt  
Membro (titular)



Dra. Sorain Dornelles Schueller  
Membro (titular)

Dedico este trabalho a todos os profissionais que atuam nas mais de 40 mil Estratégias Saúde da Família (ESF); às mulheres que completam minha vida, Rúbia e Alice; e à prof<sup>a</sup>. Dra. Eliana Marília Faria [*in memoriam*], primeira incentivadora desta conquista.

## AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por suprir todas as minhas necessidades e por ouvir-me nos momentos de dificuldade dessa trajetória.

A minha esposa *Rúbia Espíndola Soratto*, pelo encorajamento em alguns momentos dessa trajetória acadêmica e pela compreensão no período de ausência, você é muito especial para mim, te amo.

A minha filha *Alice Espindola Soratto*, por trazer alegria e descontração em todos os momentos.

Aos meus pais, *Guilhermina Stairk Soratto (in memoriam)*, e principalmente *Braz Soratto*, pelas palavras de motivação e esforços pessoais para que este sonho se tornasse realidade.

Ao meu irmão *Douglas Soratto*, pela solidariedade e companherismo.

À Prof<sup>a</sup>. *Dra. Denise Elvira Pires de Pires*, pelo aprendizado teórico e pessoal concedido ao longo desses quase quatro anos de convivência. Você representa para mim muito mais que uma professora ou orientadora, é também companheira, amiga, mãe, por isso a intitulei com o singelo pseudônimo de *Super Pires*. Como companheira e amiga, tivesse a capacidade de ouvir, ofertando-me a liberdade sempre quando necessitei falar; como mãe, você me acolheu, sendo solidária a problemas que transcendiam o ambiente estudantil; como professora e orientadora, é um exemplo a ser seguido, espero ao longo de minha carreira profissional tornar-me um pouco parecido com você. Muito obrigado pela oportunidade de ter sido seu orientando.

À prof<sup>a</sup> *Dra. Eliana Marília Faria (in memoriam)*, pelo exemplo de mestre incansável na luta pelos seus ideais, pelo grande incentivo à minha trajetória acadêmica e profissional na enfermagem. Desde o término de minha graduação até quando se encontrava enferma sua frase era única: “[...] faz esse doutorado, rapaz”.

Ao *Grupo de Pesquisa PRÁXIS*, pelo espaço de troca de conhecimentos e por oportunizar aprofundar a temática deste.

Ao *Grupo Super Pires*, Daiane, Elaine, Francele, Marilene, Thayse, Lara, Jonas, Hosanna e Geruza. Pela oportunidade de trocar experiências teóricas e gastronômicas, compartilhar anseios e conquistas.

À *Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)* e aos professores da primeira turma do curso de Enfermagem, por apresentarem a enfermagem, profissão esta que mudou minha vida.

Aos *participantes deste estudo*, pelo aceite e disponibilidade de tempo concedido à pesquisa.

Aos *colegas da turma de Doutorado em Enfermagem do PEN/UFSC*, pelos momentos de convivência e aprendizado.

Às *professoras do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC* as quais tive a oportunidade de conhecer, pelas oportunidades de crescimento acadêmico e profissional, durante o período do Curso de Doutorado.

Aos *professores da disciplina Processos Viver Humano 2: práticas de saúde*, pela oportunidade de apreender e trocar ensinamentos durante os períodos de estágio de docência.

Ao meu *sogro Joaquim Antônio Espindola*, pelo acompanhamento em algumas viagens a Florianópolis.

A minha *sogra Maria Salete Pereira Espíndola*, por cuidar de minha filha em todos os momentos que mais precisei para dedicação a este estudo.

Ao *compadre Andrei e a comadre Roberta*, pelos momentos gastronômicos, pelo companheirismo e incentivo para esta conquista.

Aos *companheiros de corrida Andrei e Moaldir*, pela parceria nas corridas matinais que oxigenaram esta pesquisa.

Aos *amigos Leandro Niero, Rogerio Jacinto, Adriano Pereira, Aguinaldo Seolin e Rangel de Rochi*, pelos momentos de troca e apoio.

Ao *prof. Dr. Ricardo Contreras*, por ter articulado a possibilidade de realização do estágio sanduíche junto a *ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH*.

À *Dra. Susanne Friese*, pela acolhida em Berlim para a realização do doutorado sanduíche.

A *Claúdio Fernandes*, proprietário da *Integral design e publicidade*, pela colaboração editorial da capa desta tese.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, pela concessão da minha Bolsa de Doutorado e pelo incentivo à educação e pesquisa científica no Brasil.

Ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)*, pela concessão de Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior, por meio do Programa Ciência sem Fronteiras, processo 233152/2014-8.



É na passagem pelo trabalho, pelo desafio do real, pelo sofrimento, pela descoberta de soluções que a insatisfação se transforma em prazer (DEJOURS, 2009).

SORATTO, Jacks. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2015. 241 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

## RESUMO

Pesquisa com objetivo de identificar e analisar aspectos do processo de trabalho geradores de satisfação e insatisfação nos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil. Para atingir o objetivo deste estudo foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa com amostragem intencional, composta por setenta e seis profissionais de saúde, de vinte e sete equipes de Saúde da Família (eSF), lotadas em onze Unidades Básicas de Saúde (UBS), de seis municípios, distribuídos nas cinco regiões geográficas do país. A coleta de dados aconteceu entre novembro de 2010 a abril de 2014 envolvendo setenta e seis entrevistas semiestruturadas, quarenta e quatro notas de observação e trinta e dois documentos que integraram o estudo documental. Os dados foram triangulados e analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo Temática com auxílio do *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti 7.0. Para a análise de dados usou-se, ainda, o suporte das teorias: marxista de processo de trabalho e de satisfação e insatisfação de Cristophe Dejours. Todos os preceitos éticos foram respeitados. Os resultados descrevem o perfil dos participantes e os contextos onde os profissionais atuavam, assim como incluem três manuscritos que tratam dos aspectos do processo de trabalho geradores de satisfação e de insatisfação nos profissionais que atuam na ESF, além de uma reflexão teórico-metodológica que resgata a origem, características e ferramentas contidas no *software* Atlas.ti associando-as à Análise de Conteúdo Temática. Os fatores geradores de satisfação mais significativos foram organizados nas categorias: identificação com o modelo assistencial da ESF; boas relações com o usuário da ESF e aspectos profissionais e trabalhistas incluindo o modo de organização do trabalho, reconhecimento do trabalho, vínculo de trabalho, as relações entre profissionais e gostar da profissão. Os aspectos do processo de trabalho geradores de insatisfação foram agrupados em três categorias que articulam problemas relacionados à gestão do trabalho em saúde, problemas nas relações com a equipe e usuários e o excesso de trabalho. Conclui-se que a satisfação é um fenômeno complexo, com uma dimensão subjetiva, mas que tem forte relação com o próprio trabalho

em saúde e modelo da Saúde da Família, com o modo como é organizado e sob que condições e relações. A insatisfação dos profissionais que atuam na ESF é influenciada significativamente pelas condições de trabalho, por fragilidades na gestão e por problemas no âmbito das relações de trabalho. E ainda que estudos qualitativos que utilizam a Análise de Conteúdo Temática associada aos recursos do *software* Atlas.ti constitui-se em um caminho promissor, pois colabora para organização da pesquisa, para a redução do tempo utilizado na análise de dados e proporciona maior segurança no manejo de dados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Condições de trabalho. Satisfação no trabalho. Pesquisa qualitativa.

SORATTO, Jacks. **Professional work satisfaction and dissatisfaction in the Family Health Strategy**. 2015. 241 p. Dissertation (PhD in Nursing). Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

## ABSTRACT

This research aimed to identify and analyze aspects of the work process generating satisfaction and dissatisfaction in the professionals working in the Brazilian Family Health Strategy (FHS). To achieve the aim of this study, qualitative research with intentional sampling was conducted, with 76 health professionals from 27 Family Health Teams (FHT), working in 11 Basic Health Units (BHU), of six municipalities, distributed across five geographical regions. Data collection occurred between November of 2010 to April of 2014, involving 76 semi-structured interviews, 44 observational notes, and 32 documents that were part of the documentary study. The data were triangulated and analyzed according to Thematic Content Analysis technique, using the Atlas.ti 7.0 *software* for qualitative data analysis. The Marxian theory of labor processes, and the theory of satisfaction and dissatisfaction of Cristophe Dejours, was also used as support for data analysis. All ethical principles were respected. The results describe the participant profile and the contexts within which the professionals were working, and includes three manuscripts that address aspects of the generators of satisfaction and dissatisfaction in the work process of professionals working in the Family Health Strategy (FHS), as well as a theoretical and methodological reflection, which reflects the origin, features and tools contained in Atlas.ti *software*, by associating them to the qualitative analysis. The most significant factors that generated satisfaction were organized into the categories: identification with the care model of the FHS; good relationships with the patients of the FHS; and, professional and labor aspects including the method of organizing work, job recognition, work ties, relationships between professionals, and the love of the profession. The aspects of the work process that caused dissatisfaction were grouped into three categories that articulated problems related to: the health work management, relationships with staff and patients, and over work. The conclusion is that satisfaction is a complex phenomenon with a subjective dimension, but is strongly related to the health work and the model of Family Health, the manner in which it is organized, and under what conditions, and relationships. The dissatisfactions of the professionals working in the FHS are

significantly influenced by the working conditions, management weaknesses, and problems in the context of employment relationships. Qualitative studies that use thematic content analysis associated with the *Atlas.ti software* resource shows its promise as a manner to support the organization of the research, reducing the time spent on data analysis, and providing more secure data handling.

**KEYWORDS:** Primary Health Care. Unified Health System. Family Health Strategy. Working conditions. Job satisfaction. Qualitative research.

SORATTO, Jacks. **Satisfacción e insatisfacción en el trabajo de profesionales de la Estrategia de Salud Familiar.** 2015. 241 p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

## RESUMEN

Investigación con objetivo de identificar y analizar aspectos del proceso de trabajo generadores de satisfacción e insatisfacción en los profesionales que actúan en la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en Brasil. Para alcanzar el objetivo de este estudio fue desarrollada una investigación cualitativa con muestreo intencional, compuesta por setenta y seis profesionales de salud, de veinte y siete equipos de Salud de la Familia, situadas en once Centros de Salud, de seis municipios, distribuidos en las cinco regiones geográficas del país. La colecta de datos ocurrió entre noviembre de 2010 a abril de 2014 envolviendo setenta y seis entrevistas semiestructuradas, cuarenta y cuatro notas de observación y treinta y dos documentos que integraron el estudio documental. Los datos fueron triangulados y analizados según la técnica de Análisis de Contenido Temático con auxilio del *software* para análisis de datos cualitativos *Atlas.ti 7.0*. También se utilizó para el análisis de datos el soporte de las teorías: marxista de proceso de trabajo y de satisfacción e insatisfacción de Cristophe Dejours. Todos los preceptos éticos fueron respetados. Los resultados describen el perfil de los participantes y los contextos donde los profesionales actuaban, también incluyen tres manuscritos que tratan de los aspectos del proceso de trabajo generadores de satisfacción e insatisfacción en los profesionales que actúan en la ESF, además de una reflexión teórico-metodológica que rescata el origen, características y herramientas contenidas en el *software* Atlas.ti asociándolas al Análisis de Contenido Temático. Los factores generadores de satisfacción más significativos fueron organizados en las categorías: identificación con el modelo asistencial de la ESF; buenas relaciones con el usuario de la ESF; y aspectos profesionales y laborales incluyendo el modo de organización del trabajo, reconocimiento del trabajo, vínculo de trabajo, las relaciones entre profesionales y gusto a la profesión. Los aspectos del proceso de trabajo generadores de insatisfacción fueron agrupados en tres categorías que articulan problemas relacionados a la administración del trabajo en salud, problemas en las relaciones con el equipo y usuarios, y el exceso de trabajo. Se concluye que la satisfacción es un fenómeno complejo, con una dimensión subjetiva, pero posee fuerte relación con el

propio trabajo en salud y modelo de la Salud de la Familia, con el modo como el mismo es organizado y bajo qué condiciones y relaciones. La insatisfacción de los profesionales que actúan en la ESF es influenciada significativamente por las condiciones de trabajo. Aunque estudios cualitativos que utilizan el Análisis de Contenido Temático asociado a los recursos del *software* Atlas.ti se constituye en un camino promisor ya que colabora para la organización de la búsqueda, para reducción de tiempo utilizado en el análisis de datos y proporciona mayor seguridad en el manejo de datos.

**PALABRAS-CLAVE:** Atención Primaria de Salud. Sistema Único de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Condiciones de trabajo. Satisfacción en el trabajo. Investigación cualitativa.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das UBS, eSF e participantes por região geográfica. Brasil, 2016.....	55
Gráfico 2 – Distribuição das entrevistas semiestruturadas por região geográfica. Brasil, 2016.....	58
Gráfico 3 – Distribuição do tempo de observação por região geográfica. Brasil, 2016.....	60
Gráfico 4 – Distribuição de documentos analisados por região geográfica. Brasil, 2016.....	62
Gráfico 5 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o sexo (n=76). Brasil, 2016.....	72
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a profissão (n=76). Brasil, 2016.....	73
Gráfico 7 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a faixa etária (n=76). Brasil, 2016.....	74
Gráfico 8 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a formação escolar (n=76). Brasil, 2016.....	75
Gráfico 9 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o tempo de experiência profissional (n=76). Brasil, 2016.....	76
Gráfico 10 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o tempo de atuação na ESF (n=76). Brasil, 2016.....	77
Gráfico 11 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o tipo vínculo empregatício (n=76). Brasil, 2016.....	77
Gráfico 12 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o número de vínculos (n=76). Brasil, 2016.....	79
Gráfico 13 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a jornada de trabalho semanal (n=76). Brasil, 2016.....	79
Gráfico 14 – Distribuição das unidades de saúde no município do Rio de Janeiro. Brasil, 2016.....	106



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição mundial dos estudos sobre satisfação no trabalho de profissionais que atuam na atenção primária à saúde...	27
Figura 2 – Diagrama da relação entre os instrumentos de coleta de dados da pesquisa.....	64
Figura 3 – Interface principal do <i>software</i> para análise de dados qualitativos Atlas.ti.....	65
Figura 4 – Código alfa numérico para garantia do anonimato dos participantes da pesquisa.....	69
Figura 5 – Distribuição dos distritos sanitários do município de Natal/RN.....	91
Figura 6 – Disposição das áreas programáticas de saúde do Rio de Janeiro/RJ.....	106

## LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1 – Distribuição da quantidade e tipos de instrumentos de coleta de dados por região geográfica. Brasil, 2016.....	56
Quadro 1 – Artigos científicos elaborados.....	71
Tabela 2 – Distribuição do sócio profissional dos participantes da pesquisa (n=76). Brasil, 2016.....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP – Áreas de Planejamento  
ABS – Atenção Básica à Saúde  
ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde  
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial  
CF – Clínicas da Família  
CEO – Centros de Especialidade Odontológica  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CME – Central de Material e Esterilização  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa  
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos  
DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionado ao Trabalho  
DF – Distrito Federal  
eSB – Equipes de Saúde Bucal  
eSF – Equipe de Saúde da Família  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
GDF – Governo do Distrito Federal  
HU – Hermeneutic Unit  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
LER – Lesões por Esforço Repetitivo  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização não governamental  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
OS – Organização Social  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PD – Primary Document  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica  
PSF – Programa Saúde da Família  
RA – Regiões Administrativas  
RN – Rio Grande do Norte  
RS – Reforma Sanitária  
SISREG – Sistema de Regulação  
SF – Saúde da Família  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SMS – Secretária Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UBT – Unidades Básicas Tradicionais  
UPA – Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>31</b>
2.1 O MATERIALISMO HISTÓRICO DIALÉTICO E O TRABALHO EM SAÚDE.....	31
<b>2.1.1 O materialismo histórico dialético enquanto alicerce teórico.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1.2 O trabalho na ótica do Materialismo Histórico Dialético.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1.3 O materialismo histórico dialético na análise do trabalho em saúde.....</b>	<b>37</b>
2.2 A SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO NO TRABALHO.....	38
2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE A FAMÍLIA.....	45
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>51</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	51
3.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES E LOCAL DA PESQUISA.....	53
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS .....	56
<b>3.3.1 Entrevistas semiestruturadas.....</b>	<b>57</b>
<b>3.3.2 Observação.....</b>	<b>58</b>
<b>3.3.3 Estudo documental.....</b>	<b>61</b>
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	63
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>71</b>
4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	72
4.2 CONTEXTOS DA PESQUISA.....	82
<b>4.2.1 Contexto da região Centro-oeste.....</b>	<b>82</b>
4.2.1.1 Estratégia Saúde da Família Centro-oeste 1.....	85
4.2.1.2 Estratégia Saúde da Família Centro-oeste 2.....	86
4.2.1.3 Estratégia Saúde da Família Centro-oeste 3.....	87
<b>4.2.2 Contexto da região Nordeste.....</b>	<b>88</b>
4.2.2.1. Estratégia Saúde da Família Nordeste 1.....	92
4.2.2.2 Estratégia Saúde da Família Nordeste 2.....	95
4.2.2.3 Estratégia Saúde da Família Nordeste 3 .....	98
<b>4.2.3 Contexto da região Norte.....</b>	<b>100</b>
4.2.3.1 Estratégia Saúde da Família Norte 1.....	103
4.3.3.2 Estratégia Saúde da Família Norte 2.....	104
<b>4.2.4 Contexto da região Sudeste e as ESF estudadas.....</b>	<b>105</b>

<b>4.2.5 Contexto da região Sul e as ESF estudadas.....</b>	<b>109</b>
4.3 ARTIGO 1: SATISFAÇÃO NO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	113
4.4 ARTIGO 2: INSATISFAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	142
4.5 ARTIGO 3: O <i>SOFTWARE</i> ATLAS.TI E A ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA.....	170
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>186</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>190</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>208</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>239</b>

## APRESENTAÇÃO

O objeto de pesquisa desta tese é a satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF). O estudo vincula-se academicamente ao Grupo Práxis (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre trabalho, ética, saúde e enfermagem), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

A motivação para realização do presente estudo surgiu a partir de minha trajetória acadêmica e profissional na enfermagem. A aproximação, ainda que incipiente, com a temática iniciou-se durante a graduação em enfermagem na Universidade do Extremo Sul Catarinense [2002-2005] nos encontros, seminários, discussões informais e principalmente com a participação em Projetos de Extensão Universitária. Acrescida do contato com os trabalhadores durante o meu exercício profissional por alguns anos na ESF.

O Mestrado em Enfermagem, realizado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [2009-2011], concomitante com a participação no Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade, também colaboraram para um amadurecimento teórico sobre a presente proposta de pesquisa.

Na Universidade Federal de Santa Catarina, como doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem [2012], houve um aprofundamento teórico mediante a participação no Grupo Práxis, e principalmente no macroprojeto intitulado “Novas tecnologias e trabalho em saúde parte II: Inovações tecnológicas não materiais e cargas de trabalho dos profissionais de saúde”.

O estágio de doutorado sanduíche na ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, em Berlim, Alemanha, com orientação da prof<sup>a</sup> Dra Susanne Friese, oportunizou o aprofundamento teórico dos mecanismos de análise de dados por meio de: participação da Conferência de Usuários do *Software*; realização de um curso sobre a análise de dados e o credenciamento como *student trainer* para ensino do *software* Atlas.ti a estudantes e pesquisadores brasileiros.

Por fim, registra-se ainda que foi de fundamental importância para a construção deste estudo a proximidade nesses anos com a orientadora Dra. Denise Elvira Pires de Pires, mediante a participação nas disciplinas por ela ofertadas no PEN/UFSC; a realização do estágio docência junto à disciplina *Processo de Viver Humano II: as práticas de saúde*, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC; a atuação

como colaborador junto à disciplina *Tecnologia, Inovação Tecnológica e sua Aplicação no Processo de Pesquisa*, ofertada como tópico especial também no PEN/UFSC; a participação nos encontros de orientação coletiva e orientação individual e os encontros informais (café, almoço ou janta). Todos esses momentos contribuíram de forma objetiva e subjetiva para a inserção na temática investigada, bem como para minha formação profissional, acadêmica e pessoal.

A presente pesquisa está organizada por seções: Na seção **1 introdução** encontra-se a problematização do objeto de pesquisa, a justificativa teórica para a sua realização, as questões e os objetivos que norteiam o estudo bem como a tese defendida.

Na seção **2 referencial teórico** apresenta-se a fundamentação teórica estruturada em três eixos: o materialismo histórico dialético, as reflexões sobre satisfação e insatisfação no trabalho com base nos preceitos teóricos de Christophe Dejours e um resgate histórico das ações de Atenção Primária à Saúde (APS) até a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incluindo o surgimento e incorporação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na PNAB.

Na seção **3 método** estão descritos todos os procedimentos que foram adotados para realização da pesquisa, a saber: o tipo de estudo, os critérios para seleção dos sujeitos pesquisados, os tipos de instrumentos utilizados para coleta de dados, a forma de análise dos dados e o detalhamento dos procedimentos éticos.

Na seção **4 resultados e discussão** detalha-se o perfil dos participantes, os contextos dos locais pesquisados e, principalmente, os três manuscritos conforme disposto na instrução normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do PEN/UFSC.

Por fim, a seção **5 considerações finais** realiza uma síntese na qual estão apresentados os resultados da pesquisa, as contribuições e as limitações do estudo.



## INTRODUÇÃO

A temática deste estudo relaciona discussões sobre trabalho, satisfação e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente no Brasil, tendo como objeto de investigação a satisfação dos profissionais de saúde que atuam na ESF, a qual integra a referida política.

O setor saúde pertence majoritariamente à esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Na saúde são produzidos serviços consumidos no momento de sua produção, ou seja, “o produto é indissociável do processo que o produz, isto é, a própria realização da atividade” (PIRES, 2008a, p. 159). Em relação ao trabalho em saúde, cabe destacar que nele convivem características do trabalho coletivo do modo capitalista de produção e também características do trabalho profissional.

A divisão técnica ou parcelar do trabalho tipifica o modo capitalista de produção. Fragmenta a atividade produtiva, gerando separação entre concepção e execução, padronizando tarefas e hierarquizando atividades (PIRES, 2008abc, BRAVERMAN, 2012). Na produção artesanal os trabalhadores detinham o controle do processo de produção, dos instrumentos de trabalho, do controle do ritmo de trabalho e também do preço e formas de comercialização (PIRES, 2008ac., p. 183).

Ao analisar o trabalho em saúde no Brasil verifica-se que há vários locais para a realização deste. A ESF, antes chamada de Programa Saúde da Família (PSF), é um desses espaços. A ESF referencia-se nas formulações da Atenção Primária à Saúde (APS) e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) constituindo-se em uma proposta de reordenação do modelo assistencial em saúde e em eixo estruturante da atual PNAB (BRASIL, 2012; MENDES, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) equivale o termo Atenção Básica à Saúde à APS, e tem a ESF como a principal representante de mais um ciclo da APS na saúde pública brasileira. Nesse sentido, a APS deve cumprir funções que lhe denotam características de uma estratégia de ordenação da atenção à saúde, a saber: a função resolutiva de atender e resolver grande parte dos problemas mais comuns de saúde; função ordenadora dos fluxos e a função de responsabilização pela saúde da população adscrita (MENDES, 2012).

A ESF incorpora características da APS e se propõe servir como umas das principais estruturas de organização do SUS (BRASIL, 2012), bem como transformar o modelo de atenção tradicional baseado no

modelo biomédico em um que considere os indivíduos na sua integralidade e como parte de coletivos.

Esse novo modelo pode ser caracterizado como uma inovação tecnológica não material em saúde, pois houve a introdução de um novo e significativamente melhorado serviço (produto) e método (processo) de produzir saúde, bem como a implementação de um novo modelo organizacional não utilizado anteriormente no modelo tradicional de saúde. A sua constituição permitiu melhorias nos resultados do trabalho em saúde, aperfeiçoando o modo de fazer a assistência em saúde mesmo não rompendo integralmente com os saberes e as práticas do modelo tradicional de saúde (SORATTO et al., 2015).

Os reflexos da ESF têm sido muito positivos na saúde brasileira. Desde a sua implantação em 1994 tem-se verificado o declínio dos indicadores relacionados à morbimortalidade, a significativa e crescente cobertura dos serviços, de modo que, em setembro de 2015, já haviam sido implantadas 40.052 mil eSF, em 5.487 municípios, com cobertura de 66,55% da população, o que corresponde a mais de 129 milhões pessoas assistidas. As ações da ESF também têm ampliado a distribuição de medicamentos juntamente com o número de exames, destacando-se o de colpocitologia oncótica, e gerado um quantitativo maior de acompanhamento pré-natal. As contribuições mais significativas têm sido identificadas em três grandes áreas de atenção: saúde da criança, da mulher e do adulto (BRASIL, 2008; 2015; MENDES, 2012).

Na saúde da criança verificou-se o declínio da mortalidade infantil e o aumento da cobertura vacinal por tetravalente em crianças menores de um ano. Na saúde da mulher evidenciou-se tendência de queda na proporção de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos de idade. E na saúde do adulto o controle da hipertensão arterial sistêmica evidenciou declínio dos indicadores de internações por acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca congestiva na população acima de 40 anos (BRASIL, 2008; MENDES, 2012).

A atividade profissional no setor saúde cresceu expressivamente, 44,44% entre os anos de 1998 e 2008 (DIEESE, 2009), período este que coincide com o momento de expansão e consolidação da ESF (HEIMANN, MENDONÇA, 2005; SOUSA; HAMANN, 2009). Um outro aspecto que merece destaque é o impacto da ESF na força de trabalho em saúde, uma vez que representa mais de 27% de todos os estabelecimentos de saúde existentes, e conseqüentemente a coloca como um dos principais postos de trabalho dos profissionais de saúde do Brasil (BRASIL, 2015ab)

Os profissionais de saúde da ESF desenvolvem ações diversas de acordo com as atribuições comuns da equipe multidisciplinar e com as especificações de sua competência profissional (BRASIL, 2012).

As ações de trabalho na ESF oportunizam um vínculo maior com os usuários e entre os próprios trabalhadores, fazendo do trabalho uma estrutura que pode colaborar para a satisfação do trabalhador. Por outro lado, esses mesmos profissionais são muitas vezes obrigados a conviver com condições de trabalho insatisfatórias, péssimos salários, assédio moral, violência, medo, exigências do cumprimento de regras, entre outros aspectos que interferem negativamente na motivação para sua atuação profissional, transformando o trabalho em um local de insatisfação e até de adoecimento, considerando o formulado por Dejours (2004, 2006, 2009, 2012).

O trabalho pode ser uma fonte de satisfação, de criação, quando ele atende necessidades e o trabalhador se vê na obra (MARX, 2012). Ou também, quando “o trabalhador consegue inventar soluções convenientes” no enfrentamento às ações prescritivas fomentadas pelas organizações (DEJOURS, 2012, p.365).

Por conseguinte, na organização do trabalho, a tentativa de prevalecer as prescrições, ou seja, a vontade da instituição, em detrimento da vontade do trabalhador, pode ser um potencial elemento de insatisfação. A insatisfação é impossível de quantificar, pois situações de satisfação e insatisfação, “[...] dificilmente se deixam dominar por números” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 22).

Ao levar em conta os interesses da organização o trabalhador é muitas vezes desmerecido em seus desejos e domesticado a agir conforme a vontade da organização. Isso desapropria o trabalhador de sua competência centralizando-o ao nível de outra atribuição que não seja a dele, e conseqüentemente desmerecendo uma organização mais flexível do trabalho (DEJOURS; DESSORS; DESRLAUX, 1993; ABDOUCHELI, JAYET, 1994).

A satisfação no trabalho faz com que o trabalhador encontre significado em sua atividade laboral e apresente atitudes positivas de enfrentamento de situações da vida e até de melhoramento da própria assistência em saúde. A satisfação ou insatisfação tem forte relação com a forma que o trabalhador consegue lidar com as prescrições [tarefas] no seu trabalho real [efetivo] (DEJOURS, 1994, 2004, 2009, 2012; DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994).

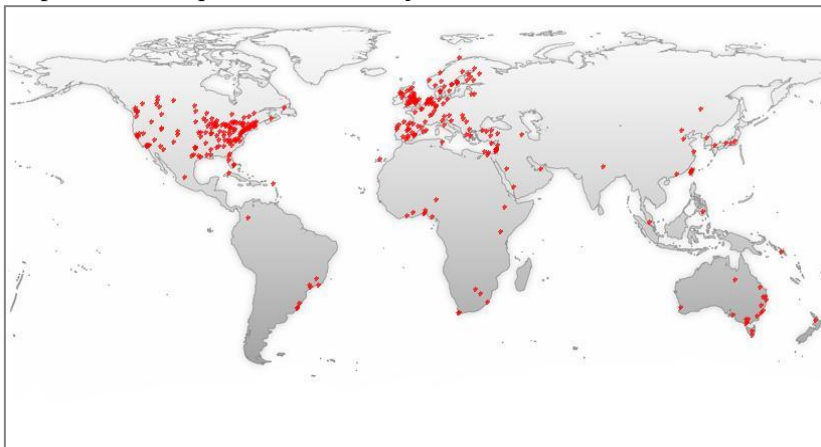
A satisfação no trabalho é um aspecto fundamental para os profissionais de saúde em todo o mundo (DOEF; MBAZZI;

VERHOEVEN, 2012). Os níveis de satisfação no trabalho têm declinado com o passar das décadas (SOUSA-POZA; SOUSA-POZA, 2000; HAMERMESH, 2001). São também significativos os estudos que demonstram que os níveis de satisfação no trabalho interferem na saúde dos trabalhadores e na qualidade da assistência em saúde (DEJOURS, 2004; FARAGHER; CASS; COOPER, 2005; FISCHE; SOUSA-POZA, 2007).

Em pesquisa realizada em algumas das principais bases de dados internacionais e nacional, como *Publisher Medline* (PUBMED), *SCOPUS Elsevier*, *American Psychological Association* (PsycoINFO), *Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), pode-se constatar que a produção da literatura referente à temática satisfação no trabalho tem crescido consideravelmente nas últimas décadas.

No setor saúde não é diferente, há inúmeros estudos que abordam os aspectos da satisfação dos profissionais, porém, poucos centralizam nos que trabalham na APS. A partir de uma busca no banco de dados no *Gopubmed* (um serviço gratuito disponível na web que consulta a base PubMed), com a seguinte estratégia de busca *Job satisfaction AND (Health Personnel OR Health Professional OR Health Workers) AND Primary Health Care*, encontrou-se 1091 artigos, com destaque para Estados Unidos (378) Reino Unido (130). A figura 1 ilustra a distribuição mundial dos estudos.

Figura 1 – Distribuição mundial dos estudos sobre satisfação no trabalho de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: Gopubmed (2015).

A análise evidenciou uma tendência crescente discreta, ao longo dos anos, de publicações sobre satisfação no trabalho dos profissionais que atuam na APS. Alguns estudos africanos realizados com equipe multiprofissional, gerentes de enfermagem e enfermeiros que trabalham na APS têm indicado a necessidade de estratégias para crescimento profissional dentro da instituição como um fator que pode colaborar para os níveis de satisfação (OJAKAA; OLANGO; JARVIS, 2014).

Os fatores como não trabalhar em um local de sua escolha, sobrecarga de trabalho e violência são elencados como aspectos que geram insatisfação nos trabalhadores (MUNYEWENDE; RISPEL, CHIRWA, 2014). E também sugerem que as estratégias destinadas para melhorar a satisfação não devem ser centralizadas apenas em recompensas financeiras, mas também nas melhorias das condições de trabalho e no gerenciamento adequado de recursos humanos (DELOBELLE et al., 2010).

No continente asiático, estudos transversais têm demonstrado uma relação significativa entre a satisfação no trabalho e o desempenho profissional de médicos de família (JABBARI, 2014). Os conflitos nas relações de trabalho e a estrutura organizacional têm sido os principais fatores que interferiam na satisfação (KHAMLUB et al., 2013). Um estudo realizado com a força de trabalho da APS chinesa concluiu que as condições salariais e a carga horária de trabalho têm sido apontadas como fatores que geram insatisfação. Há também a necessidade de decisões políticas para melhorias salariais e o desenvolvimento de plano de carreira como aspectos principais para o aumento dos índices de satisfação dos trabalhadores (SHI et al., 2014).

Na Europa um estudo englobou profissionais que atuavam na APS e hospitais, e demonstrou que os maiores níveis de satisfação estavam associados às oportunidades dos profissionais em usar suas habilidades; a cooperação com os colegas e companheiros de trabalho e a liberdade de escolher seus próprios métodos de trabalho.

Concluiu, também, que médicos que trabalhavam na APS eram mais satisfeitos que aqueles que trabalhavam no hospital (KORAC et al., 2010). Fatores como instabilidade no trabalho, baixos salários e falta da definição de como realizar o trabalho têm sido também motivo de insatisfação (BUCIUNIENE; BLAZEVICIENE; BLIUDZIUTE, 2005; FERRER; BENEDICTO, 2007).

A organização dos serviços (geralmente de hospitais), escassez de profissionais e falta de equipamentos também são indicados como fatores que interferem na satisfação (LIU et al., 2012). Estudos indicam ainda uma estreita relação entre a satisfação no trabalho e o desempenho

das profissões, em especial da enfermagem, com reflexos até na assistência em saúde (KAHYA, 2008; HANAN, 2009; NABIRYE et al., 2011).

No Brasil há estudos que constataam uma associação entre comprometimento excessivo com o trabalho e má qualidade de vida dos trabalhadores da APS (TELES et al., 2014), e que a precarização nos vínculos trabalhistas, a falta de treinamento e o número insuficiente de profissionais resulta em menor índice de satisfação (TOMASI et al., 2008; PEREZ et al., 2013). Outros estudos mostram, ainda, que a interação entre os profissionais gera satisfação (PINTO et al., 2014). Há, também, trabalhos que indicam a ESF como uma inovação tecnológica em saúde e a relação desta com fatores de insatisfação pelo aumento das cargas de trabalho (PIRES et al., 2010, 2012ab; TRINDADE; PIRES, 2013; FORTE, 2013).

O estudo que mais se aproxima do objeto de investigação desta pesquisa aborda elementos da satisfação e insatisfação no trabalho em dois modos de atenção [ESF e no modelo tradicional de atenção à saúde] em uma região do país (LIMA et al., 2014). O estudo sustenta, ainda, a existência de macroproblemas de ordem estrutural, política, cultural e de déficit de investimentos financeiros e da rede assistencial como fatores que podem aumentar as cargas de trabalho e, conseqüentemente, colaborar para a insatisfação.

Além da revisão nas bases de dados mencionadas realizou-se uma consulta específica no banco de teses e dissertações pertencente ao Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o que resultou em um número significativo de dissertações e teses que englobam a satisfação e insatisfação no trabalho em saúde (BRASIL 2015c).

A análise evidenciou que algumas pesquisas abordam os temas satisfação e insatisfação juntos, porém em um contexto local micro, alguns vinculando a uma determinada categoria profissional ou na perspectiva do usuário; outros abordam os temas isoladamente, e ainda constataram-se pesquisas que contemplam as temáticas no contexto hospitalar e em uma ótica mais quantitativa.

Diante do exposto, não se encontrou nenhum estudo que trouxesse a discussão acerca de satisfação e insatisfação do conjunto dos profissionais que atuam na ESF em um contexto macrogeográfico.

Neste sentido, o presente estudo procura responder a seguinte pergunta de pesquisa: De que modo a Estratégia Saúde da Família influencia a satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde que nela atuam?

Para isso, definiu-se como **objetivo geral**: Identificar e analisar aspectos do processo de trabalho geradores de satisfação e insatisfação nos profissionais que atuam na ESF no Brasil.

E como **objetivos específicos**:

a) caracterizar o contexto político-institucional no qual os profissionais que compõem as equipes desenvolvem o seu trabalho;

b) caracterizar o perfil dos profissionais que atuam na ESF nas cinco regiões geográficas do país envolvidas na pesquisa, a saber: Sul, Centro-Oeste e Norte, Sudeste e Nordeste;

c) analisar a satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de saúde considerando aspectos predominantes, suas semelhanças e diferenças, e sua relação com a ESF.

No estudo desta problemática apresenta-se como **tese** que: A satisfação e insatisfação no trabalho na ESF têm relação com o próprio trabalho em saúde e o modelo assistencial em que atuam, e são significativamente influenciadas pelas condições e relações de trabalho, pelo contexto político institucional e pela subjetividade dos profissionais.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico está pautado em três eixos: no materialismo histórico-dialético de Karl Marx, na teoria de Christophe Dejours sobre satisfação e insatisfação no trabalho e na PNAB brasileira com foco na ESF.

Assim, a pesquisa ancora-se na abordagem sociofilosófica do materialismo histórico dialético proposta por Marx (2012), e em todos os seus desdobramentos sobre os elementos constitutivos do trabalho e as características do trabalho na ESF. A esta abordagem foi articulada a psicodinâmica do trabalho com destaque para a satisfação e insatisfação e para as relações entre o trabalho prescrito e trabalho real, conforme teorizado por Dejours (1992, 1994, 2004, 2009, 2012), e ainda os aspectos que norteiam a PNAB e ESF no Brasil (BRASIL, 2012).

### **2.1 O MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO E O TRABALHO EM SAÚDE**

#### **2.1.1 O materialismo histórico-dialético enquanto alicerce teórico**

Um dos pensamentos que vem influenciando o debate sobre a sociedade humana, desde o final dos anos 1800, é o pensamento marxista. Karl Heinrich Marx nasceu em Londres em 05 de maio de 1818 e morreu em 14 de março de 1883. Natural de Tréveris, na época no Reino da Prússia, hoje a cidade pertence à Alemanha. De origem judaica, e pertencente à classe média, foi um cientista social, historiador, jornalista e militante político (BOTTOMORE, 2012).

Karl Marx integrou a esquerda hegeliana se inserindo no movimento dos Jovens Hegelianos que estavam produzindo uma crítica radical ao cristianismo, sendo influenciado também pelas contribuições teóricas de Feuerbach (LEFEBVRE, 2009; BOTTOMORE, 2012).

Na busca de um caminho epistemológico que fundamenta o conhecimento para a interpretação da realidade histórica e social que o desafiava, superou as posições de Hegel no que dizia respeito à dialética e conferiu-lhe um caráter materialista e histórico (BOTTOMORE, 2012).

A dialética de Hegel, que Marx utilizou para fundamentar sua crença no processo histórico, parte do princípio da identidade de opostos e se compõe basicamente em três unidades: tese, antítese e síntese.

A tese pode ser entendida como o momento da afirmação; a antítese é o momento da negação da afirmação, gerando a tensão que



origina a síntese, o último momento corresponde à negação da negação, ou seja, é o resultado da antítese anterior, na qual suspende a oposição entre a tese e a antítese. A síntese representa uma nova realidade. Ou seja, a dialética é o movimento contraditório dentro de unidades que a cada nova etapa nega e supera a etapa anterior, em um fluxo contínuo de superação-renovação (NÓBREGA, 2005).

A partir dessas sustentações de Hegel sobre a dialética, Marx, estudioso da história, juntamente com seu principal companheiro político e intelectual, Friedrich Engels, reforma o conceito hegeliano de dialética, desenvolvendo uma linha de estudo que pode ser entendido como corrente de pensamento e método de pesquisa chamado de Materialismo Histórico Dialético (PRADO et al., 2008; MINAYO, 2010; BOTTOMORE, 2012; MARX, 2012).

Meu método dialético, por seu fundamento, difere do método de exposição do método hegeliano, sendo ele inteiramente oposto. Para Hegel, o processo do pensamento é o criador do real, o real é apenas sua manifestação externa. Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ela interpretado (MARX, 2012, p. 28).

No materialismo a realidade é material, ela existe independente da vontade dos seres humanos, a realidade não está no plano metafísico, mas sim no natural, pois o mundo dos homens exige sua materialização. As ideias e concepções que a nossa mente projeta sobre o mundo estão determinadas pela existência não do pensamento, mas pela existência material dos objetos à nossa volta, que incidem sobre nós quando nos relacionamos com eles (BOTTOMORE, 2012, p. 376). Dessa perspectiva, o materialismo concebe matéria e espírito como opostos entre si dentro de uma unidade onde a matéria desempenha o papel principal.

O caráter histórico é ressaltado por Marx, pois a forma de produzir a existência é diferente de acordo com os diversos períodos da história, seguindo um padrão não linear (PIRES, 1997). Já a introdução da dialética se justifica, pois a realidade não é absoluta, uma vez que o particular só existe em consonância com o geral. Neste sentido a força de trabalho intervém no meio e o meio influencia como o trabalho é realizado (BOTTOMORE, 2012).

Assim o materialismo dialético é uma combinação do materialismo científico com a dialética de Hegel, “que afirma ser a realidade concreta uma unidade contraditória, impulsionada por suas contradições, em um processo evolucionário e revolucionário de incessante transformação histórica” (BOTTOMORE, 2012, p. 224).

O materialismo dialético não é reducionista, mas sustenta dialeticamente que o material e o ideal são diferentes, de modo que a matéria pode existir sem o espírito, entretanto o inverso é impossível (BOTTOMORE, 2012, p. 382). Implica também apropriar-se detalhadamente da matéria, isto é, do seu objeto estudado; deve também analisá-lo e descobrir as relações internas de seus elementos entre si, mas sempre concordando com o objeto estudado (LEFEBVRE, 2009).

Marx também descreve caminhos para o alcance de uma sociedade nova que supere a exploração capitalista. Para ele, a história da humanidade é pautada na luta entre classes sociais, burguesia e proletariado. Portanto, Marx convoca o proletariado do mundo para unir-se, a fim de acabar com a divisão de classes e com a propriedade privada dos meios de produção, conseqüentemente com a lógica de exploração burguesa (MARX; ENGELS, 2007).

O Materialismo Histórico-dialético não foi sistematicamente organizado, entretanto identifica-se a concepção do autor sobre o termo a partir dos primeiros escritos na Ideologia Alemã e nos Manuscritos Econômico-Filosóficos. Não obstante, é na obra *O Capital* e na filosofia da natureza exposta por Engels no *Anti-Duhring* que o Materialismo Histórico Dialético é expresso com mais profundidade (PIRES, 1997; BOTTOMORE, 2012; MARX, 2012).

Marx, em *O Capital*, esmiúça o sistema capitalista a fim de explicar o seu funcionamento interno, fazendo um diagnóstico deste modo de produção e, concomitantemente, criticando-o de forma radical (MARX, 2012).

Podemos elencar três teses da dialética marxista. A primeira é a especificidade histórica, ou seja: que não existe nada definitivamente pronto, de modo que nada se constrói fora da história nem a história é produto de ideias. Assim a vida humana e social está sujeita a mudanças, de modo que os fenômenos econômicos e sociais são produtos de interações entre os membros da sociedade; o segundo princípio está na totalidade da existência humana, que visa descobrir na totalidade as determinações gerais para as específicas e vice-versa, ou seja, nada que se apresenta é sinônimo de convicções de certezas e estabelecimento de verdades; já a terceira tese é a união dos contrários,

presente nas múltiplas inter-relações da totalidade com as partes (MINAYO, 2010; MARX, 2012).

Nesse sentido, adotar o Materialismo Histórico-dialético como o alicerce teórico deste estudo implica afirmar que haverá uma profunda aproximação do que se quer investigar, incluindo os detalhes, as situações concretas, históricas, enfim, tudo que se refere à apreciação do objeto deste estudo (MARX, 2012). Uma vez que não se pode analisar um objeto em si mesmo, sem relacioná-lo com o todo, com a sociedade, evidentemente sem captar a visão geral e singular deste.

### **2.1.2 O trabalho na ótica do Materialismo Histórico Dialético**

É no primeiro livro de *O Capital* que Marx, quando trata do processo de trabalho e do processo de produzir valor de uso, faz uma reflexão mais aprofundada sobre o trabalho, a qual adotaremos como ancoragem teórica para este estudo (MARX, 2012).

Para Marx (2012, p. 211), “[...] o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”.

Os seres humanos, diferentemente dos animais, atuam sobre a natureza ativamente, obtendo os bens materiais necessários para sua existência. Essa atuação inclui também a fabricação de instrumentos. A sociedade não escolhe esses instrumentos, cada melhoramento ou invento é consequência dos anteriores. No processo de produção de bens materiais, os homens acabam se relacionando com a natureza e entre si de uma forma ou de outra, de modo que a produção não é obra da humanidade isoladamente, mas tem sempre um caráter social.

A atuação humana com vistas a apropriar-se dos recursos da natureza se dá pela utilização de suas forças corporais, como braços e mãos, entre outros. O trabalho só pode ser concebido através dessa força de trabalho, pois “a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho” (MARX, 2012, p. 211) realizado pelo homem que, ao mesmo tempo em que transforma a natureza, também se transforma (MARX, 2012).

Nessa relação com a natureza, somente os seres humanos possuem a capacidade de planejamento prévio consciente, planejando a ação antes de torná-la realidade.

O que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo

do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 2012, p. 211-212).

Nesse sentido o trabalho é uma atividade mentalmente projetada que tem sempre uma finalidade para que se realize, e está ligado ao atendimento de determinada necessidade do indivíduo ou coletivo, pois no processo de trabalho a “[...] atividade é dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar elementos naturais às necessidades humanas” (MARX, 2012, p. 218). Os produtos do trabalho podem ter valor de uso ou valor de troca. O valor de uso se realiza com a utilização ou o consumo, mas “os valores de uso são ao mesmo tempo os veículos materiais do valor de troca” (MARX, 2012, p. 58). Ou seja, o valor diz respeito à utilidade de um produto, individual e social.

A principal função do trabalho é satisfazer necessidades humanas, sejam elas fisiológicas, de segurança, de conforto ou qualquer outra que possa surgir no decorrer da sua vida e ou nos diversos períodos históricos.

Para Marx (2012), o trabalho, independente de como é realizado, inclui os seguintes elementos:

a) *o próprio trabalho*, ou seja, a atividade adequada a um determinado fim, que visa satisfazer as necessidades e expectativas da humanidade em dado período histórico;

b) *o objeto de trabalho*, que são elementos da natureza ou matérias-primas (que já sofreram transformação anterior);

c) *os meios de trabalho* consistem no instrumental de trabalho. Podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, e podem incluir também os conhecimentos disponíveis a serem utilizados no trabalho. É tudo que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho para transformá-lo.

Dessa forma entende-se o trabalho como o conjunto de procedimentos pelos quais os seres humanos transformam algo com vistas a obter determinado produto (material ou imaterial) útil para sua vida ou para a sociedade (MARX, 2012).

No modo de produção capitalista, a divisão técnica ou parcelar do trabalho fragmenta a atividade produtiva, gerando uma separação entre

concepção e execução do produto, padronizando tarefas e hierarquizando atividades (PIRES, 2008abc). Essa forma de divisão do trabalho ficou mais claramente descrita a partir das formulações de Frederick Winslow Taylor sobre a organização científica do trabalho. Henry Ford, no mesmo sentido, associa os princípios tayloristas com o incremento da utilização de máquinas e a introdução da linha de montagem (BRAVERMAN, 2012; PIREs, 2008ad).

Para Marx (2012), o trabalho é fonte de satisfação, de criação, quando ele atende necessidades em um processo no qual se transformam o objeto e ser humano, e o trabalhador se vê na obra, ou seja, aquilo “que os gregos chamavam de *poiesis*, que significa minha obra, aquilo que faço, que construo, em que me vejo, minha criação, na qual crio em mim mesmo na medida em que crio no mundo” (CORTELLA, 2012, p. 21).

O modo de produção capitalista criticado por Marx destrói essa concepção, expropriando o trabalhador e tornando-o cada vez mais dependente da venda da sua força de trabalho para poder sobreviver. Quando há a desvinculação do trabalhador da obra que realiza, ele passa a ser uma parte da engrenagem sobre a qual tem pouca interferência (MARX, 2012).

A consequência desse processo é a alienação do trabalhador e conseqüentemente a geração de insatisfação, uma vez que não se reconhece no produto que faz, tornando o trabalho

[...] exterior ao trabalhador, ou seja, não pertence a sua característica; portanto, ele não se afirma no trabalho, mas nega-se a si mesmo, não se sente bem, mas infeliz, não desenvolve livremente energias físicas e mentais, mas esgota-se fisicamente e arruína o espírito. Por conseguinte, o trabalhador só se sente em si fora do trabalho, enquanto no trabalho se sente fora de si. Assim, o seu trabalho não é voluntário, mas imposto, é trabalho forçado. Não constitui a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio de satisfazer outras necessidades. O trabalho externo, o trabalho em que o homem se aliena, é um trabalho de sacrifício de si mesmo, de martírio (MARX, 2011, p. 114).

### 2.1.3 O materialismo histórico-dialético na análise do trabalho em saúde

O trabalho em saúde é parte do setor de serviços e apresenta características próprias em relação aos outros trabalhos deste setor. Pertence, majoritariamente, à esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Ao produzir serviços que são consumidos no momento de sua produção, “o produto é indissociável do processo que o produz, isto é, a própria realização da atividade” (PIRES, 2008a, p. 159).

O ato assistencial, em si, envolve um trabalho do tipo profissional, isto é, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir aos indivíduos ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com objetivo de reabilitação, quando estes não podem fazer por si mesmos (PIRES, 2008a, p. 159-60).

Na atualidade o trabalho em saúde convive com características do trabalho coletivo do modo capitalista de produção e também com características do trabalho profissional do tipo artesanal. Assemelha-se à divisão social do trabalho em especialidades produtivas, desenvolvida na Idade Média quando os trabalhadores detinham o controle do processo de produção, eram proprietários dos instrumentos de trabalho, controlavam o ritmo, o preço e as formas de comercialização do produto (PIRES, 2008ac. p. 183). Na análise concreta das diferentes atividades do setor saúde e das relações entre os diversos profissionais o processo é complexo e demanda análises e interpretações específicas.

Alguns autores (MENDES GONÇALVES, 1994; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008; PIREs, 2008a), inspirados nos elementos do processo de trabalho formulados por Marx, escreveram sobre o tema aplicando a análise do autor ao setor saúde.

Segundo Pires (2008a, p. 161), o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem *finalidade*, “a ação terapêutica de saúde”, motivada por necessidades em saúde, no âmbito individual ou de coletividades; *o objeto de trabalho* consiste naquilo sobre o que incide a atividade, o foco de atenção e cuidado das práticas de saúde, portanto certos estados ou condições pessoais ou sociais que requerem ações de

profissionais de saúde; os *meios e instrumentos de trabalho* são as máquinas, instrumentos ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, incluem conhecimentos e tecnologias (materiais e não materiais); e o *produto*, que é a própria prestação da assistência em saúde produzida e consumida simultaneamente (PIRES, 2008a).

Na ESF a *atividade adequada a um fim* pode ser um procedimento técnico como um curativo, nebulização, aplicação de uma injeção. Ou ainda uma consulta, uma atividade educativa, uma ação individual ou coletiva de imunização ou acolhimento. Enfim, são todas as práticas que objetivam desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas.

O *objeto de trabalho* está relacionado à necessidade individual ou coletiva. Os *meios e instrumentos* são todos os instrumentais e materiais necessários para as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, como por exemplo agulhas, gaze, cartilhas educativas, etc, e também os conhecimentos da clínica, da epidemiologia, da política de humanização, entre outros.

Por fim, o *produto* na ESF pode ser uma ação de acolhimento realizada, uma atividade educativa concluída, uma consulta individual na UBS ou no domicílio, uma abordagem interdisciplinar incluindo recursos da comunidade para o enfrentamento de um problema (como o destino inadequado do lixo), dentre outros.

A ESF constitui-se em uma inovação tecnológica que orienta a sua prática assistencial pelos princípios da universalidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Assim, o trabalho na ESF implica uma diferente atuação no objeto, os instrumentos precisam ser mais amplos, a força de trabalho precisa ser mais capacitada e o produto é diferenciado dependendo de algumas situações.

## 2.2 A SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO NO TRABALHO

Para compreender satisfação e insatisfação no trabalho tomamos como base o já formulado por Marx em relação ao trabalho humano, associando as referidas formulações à teorização de Christophe Dejours (DEJOURS, 1992, 2004, 2006, 2009, 2012; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; MARX, 2012).

Christophe Dejours é médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista, professor do *Conservatoire National des Arts et Métiers*,

em Paris, na França, onde coordena o Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação (DEJOURS, 2004). Criou a psicopatologia do trabalho que tem suas bases nas disciplinas biológicas e neurociências e em outros saberes oriundos de diversas áreas do conhecimento, principalmente da psicanálise e psicologia (DEJOURS, 1992).

A psicopatologia se preocupou em fundamentar, nos anos 80, questões que relacionam sofrimento e trabalho. Mostra que as pressões do trabalho põem em questão o equilíbrio psíquico do trabalhador face às demandas da organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Nos anos 90, os estudos de Dejours se destacam internacionalmente, inicialmente com o livro *A loucura do trabalho* (DEJOURS, 1992). A partir das discussões relacionadas à psicopatologia, o autor a reformula criando a psicodinâmica do trabalho. A psicodinâmica do trabalho investiga o sofrimento no trabalho, mas não enfatiza a relação causal positivista e cientificista, bio-psicossocial do estresse como na psicopatologia. O foco da psicodinâmica passa a ser a análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho (BUENO, MACÊDO, 2012).

Para Dejours (2001), a psicodinâmica procura argumentar a tese da centralidade do trabalho

ante a construção da identidade, sendo esta concebida como essencialmente inacabada, à espera de confirmação e realização. O trabalho não é apenas uma atividade solipsista. É também uma atividade dirigida ao outro: trabalhamos sempre para alguém, para um patrão, para um chefe, para nossos subordinados, para nossos colegas. Uma vez reconhecido, o trabalho oferece não apenas a oportunidade de transformação de si mesmo, mas também a de realização no campo social (DEJOURS, 2001, p. 90).

O arcabouço teórico e histórico da psicodinâmica do trabalho apresenta três etapas com características, conceitos e abordagens bem definidas (BUENO; MACÊDO, 2012). Na década de 80, enfocou o sofrimento psíquico, sua gênese e transformações derivadas do confronto entre o psiquismo e a organização do trabalho, concentradas na análise dinâmica do sofrimento e nas estratégias defensivas geradas por esse sofrimento.



Já na década de 90 deu ênfase maior à saúde, abordando estudos do prazer e os aspectos utilizados pelos trabalhadores para tornar o ambiente de trabalho mais saudável. A outra etapa se refere ao período pós-década de 90 que privilegiou os processos de subjetivação buscando aprofundar a análise dos processos relacionados à saúde dos trabalhadores (MENDES; MARRONE, 2010).

A psicodinâmica do trabalho objetiva uma compreensão sobre a subjetividade do trabalho ao propor a criação de espaços de discussão onde os trabalhadores possam expressar sua voz, seus sentimentos e as contradições do contexto do trabalho que respondem pela maioria das causas geradoras de prazer (satisfação) e de sofrimento (insatisfação) (DEJOURS, 1992).

Outro aspecto importante sobre as características da psicodinâmica do trabalho é que ela visa ao coletivo de trabalho e não somente os indivíduos isoladamente (MERLO; MENDES, 2009). Após identificar o sofrimento em situações de trabalho, ela não busca ações terapêuticas individuais, mas intervenções voltadas para a análise da organização do trabalho à qual os indivíduos estejam submetidos.

As relações de trabalho nas organizações, frequentemente, desmerecem a subjetividade do trabalhador, excluindo o sujeito e fazendo dele uma vítima do seu trabalho, o que pode resultar nas frustrações de suas expectativas iniciais. O trabalhador, antes de adentrar na organização, implicitamente, almeja a felicidade, satisfação pessoal e material. Entretanto, no trabalho, muitas vezes se encontra infeliz, insatisfeito, pessoal e profissionalmente, o que pode gerar sofrimento.

A organização do trabalho envolve a forma como é dividido, os papéis desempenhados no processo de produção e os tipos de controle e práticas gerenciais. No modo de produção capitalista predomina a divisão parcelar do trabalho, a produção orientada para o lucro e a busca do controle gerencial do processo (MARX, 2012). A divisão do trabalho sequestra a subjetividade do trabalhador, de modo que o trabalho passa a não ser negociável nem reconhecido.

Essa imposição vai desde o contrato até as tarefas e seus modos de execução, ocasionando uma ausência da escuta do trabalhador, de modo que se faz tudo corretamente é desmerecido, e se sai das normas pré-estabelecidas passa a ser percebido como problema (DEJOURS, 2004).

A abordagem psicodinâmica considera a relação entre o homem e a organização do trabalho e mostra que o ser humano não é uma máquina, que está envolto em aspirações, desejos, motivações,

necessidade psicológicas [excitações exógenas e endógenas], além de possuir uma história passada que lhe confere características únicas e pessoais (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994 p. 24). Essas reflexões aproximam os escritos de Dejours à crítica que Marx (2012) realiza sobre o trabalho alienado.

O trabalho, para Dejours,

[...] é aquilo que implica do ponto de vista humano o fato de trabalhar: gestos, saber fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar. [...] O trabalho não é limitado ao tempo físico [...] mas ultrapassa qualquer limite dispensado ao tempo de trabalho (DEJOURS 2004, p. 28-30).

Nessa relação do homem com o trabalho, Dejours (2004, 2009, 2010) o categoriza em trabalho prescrito e trabalho real. O trabalho prescrito corresponde ao que antecede a execução da tarefa, pautado na orientação prévia, burocratização, na fiscalização, nas normas e rotinas, o que pode ser fonte de sofrimento. Enquanto o trabalho real é o “trabalho vivo”, o próprio momento de execução, caracterizado por incidentes que perturbam o que foi prescrito, “contraordens vindas da hierarquia, por perturbações causadas por demandas urgentes formuladas por terceiros, pelo não cumprimento de compromissos por seus colegas” (DEJOURS, 2004, 2009, 2012, p. 365).

Esses imprevistos frutos da realidade cotidiana do trabalho são o que gera a vida nas ações de trabalho. Para Dejours (2009, p. 50),

o trabalho vivo é esse trabalho que consiste em desafiar o real. E essa experiência do real é acima de tudo afetiva e se revela como tal: ela gera um sentimento de surpresa, logo substituído pelo nervosismo e pela irritação, se não pela cólera ou pela decepção, a fadiga, a dúvida, o desalento, o sentimento de impotência.

O trabalho real não é visível aos olhos da prescrição e da organização do trabalho. A maior parte dele consiste em uma infinidade de comportamentos, sentimentos, pensamentos e atitudes não reconhecidos formalmente nem pela hierarquia, nem pelos

consumidores, nem pelos pares, portanto, invisíveis ou vinculados ao campo da subjetividade (DEJOURS, 2009; ANJOS et al., 2011).

Assim, o trabalho é tudo aquilo que não está prescrito, porque não é o prescrito que gera o trabalho, mas a ação real do trabalhador, o sofrer existencial desse trabalho. É comum trabalhadores dentro da organização reajustarem a prescrição, as ordens, uma vez que caso elas fossem seguidas à risca poderiam, até, colaborar para a inviabilização do próprio trabalho, por isso “é preciso fazer-se habitar pela experiência do real e do fracasso, experimentar o sofrimento” (DEJOURS, 2012, p. 364).

A alternativa que o trabalhador utiliza para superar o sofrimento no trabalho real é a inteligência. Esta visa reduzir as demandas do trabalho prescrito, por meio de invenção de soluções, adaptações, quebra-galhos, trapaças em procedimento para que isso não inviabilize a organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; DEJOURS, 2009; DEJOURS, 2012).

O ato de trabalhar implica a capacidade de lidar com o trabalho real, com os sentimentos, pensamentos, ações intrínsecas do trabalhador que são invisíveis, ou seja, com o sofrimento “até encontrar a solução que permitirá superá-lo” (DEJOURS, 2009, p. 50).

Trabalhar é, primeiro, fracassar. Mas é, em seguida, mostrar-se capaz de suportar o fracasso, de tentar outros modos operatórios, de fracassar ainda, de voltar à obra, de não abandoná-la, de pensá-la fora do trabalho, de aceitar certa invasão pela preocupação com o real e com a sua resistência, até mesmo no espaço privado, a ponto de não dormir à noite, de sonhar com isso (DEJOURS, 2012, p. 364).

O trabalho é envolto por elementos subjetivos que somente o trabalhador que vivencia é capaz de experimentar. A associação que Dejours faz do trabalho com o fracasso demanda compreendermos o ambiente de trabalho com um espaço de prazer e sofrimento, nesse estudo entendido com satisfação e insatisfação. Para ele, o trabalho pode se tornar fonte tanto de prazer quanto de sofrimento, de modo que ambos são estritamente indissociáveis (DEJOURS, 1994, 2004, 2009, 2012).

O sofrimento é expresso “quando o trabalhador não consegue dar conta da tarefa” (DEJOURS, 2012, p. 365), e surge por sensações

desagradáveis em consequência da não satisfação de necessidade frente ao prescrito. Esse sofrimento é de origem muitas vezes subjetiva e está relacionado aos desejos mais profundos do trabalhador, revelados ao consciente em forma de sonhos, expectativas de vida, projetos.

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Quando um trabalhador usou de tudo que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar a tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física (DEJOURS, 1992, p. 52).

O sofrimento se instala no momento em que os trabalhadores não têm a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer, seja por restrições de sua estrutura pessoal, seja pelas imposições do modelo de organização do trabalho.

Por conseguinte, o prazer é quando “o trabalhador consegue inventar soluções convenientes” no enfrentamento ao prescrito (DEJOURS, 2012, p. 365). O prazer surge pelo distanciamento do desprazer, o qual se constitui em foco permanente para o trabalhador na organização do trabalho que muitas vezes só oferece condições contrárias, gerando insatisfação, expressada em uma vivência de sofrimento, com sintomas específicos, transformando o trabalho em necessidade de sobrevivência, no lugar de fonte de prazer.

Apenas quando obtenho o reconhecimento da utilidade e da qualidade do meu trabalho é que tenho a satisfação intensa da minha relação com o trabalho. O reconhecimento do trabalho é o que permite transformar o sofrimento em prazer (DEJOURS, 2009).

Por isso é imprescindível o reconhecimento do trabalho, nas práticas diárias, no locus de atuação do trabalhador, isso oportunizará transformar o sofrimento em prazer, uma vez que é “na passagem pelo trabalho, pelo desafio do real, pelo sofrimento, pela descoberta de soluções que o sofrimento se transforma finalmente em prazer” (DEJOURS, 2009, p. 51).

Na organização do trabalho, a tentativa de prevalecer o trabalho prescrito, ou seja, a vontade do outro, nesse caso da organização, em detrimento à do trabalhador, gera sofrimento, e resulta no aumento da carga mental, chamando-a de carga psíquica do trabalho. Essa carga

psíquica não é possível quantificá-la, pois situações de prazer, satisfação, frustração, raiva não se adequam numericamente (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Ao levar em conta os interesses da organização o trabalhador é muitas vezes desmerecido de seus desejos e domesticado a agir conforme a vontade da organização. Isso reporta a uma visão taylorista que desapropria o trabalhador de sua competência centralizando-o ao nível de outra atribuição que não seja a dele, e desmerecendo uma organização mais flexível no modo de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

O trabalho pode ser equilibrante quando há uma diminuição dessa carga psíquica, ou seja, possui uma carga psíquica positiva. Entretanto, caso oponha-se a essa diminuição, a tensão e o desprazer prevalecem e ele se torna fatigante, refletindo em uma carga psíquica negativa. Nesse sentido pode-se entender que “a carga psíquica de trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994, p. 28).

A reclamação dos trabalhadores é um recurso comum nas organizações, expressado como uma manifestação de insatisfação no trabalho e servindo como um mecanismo individual ou coletivo de defesa da carga psíquica negativa (sofrimento), produzido pela subjetividade resultante dos laços discursivos das organizações de trabalho (HALLACK; SILVA, 2005).

As estratégias defensivas são definidas como um mecanismo pelo qual o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer, instalando-se no momento em que os trabalhadores não têm a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer, seja por restrições de sua estrutura pessoal, seja pelas imposições do modelo de organização do trabalho (DEJOURS, 1992).

Por fim, o estudo dos aspectos psicodinâmicos na relação homem-trabalho não pode desmerecer que as vivências de prazer e sofrimento (satisfação e insatisfação) decorrentes da organização do trabalho são dialéticas. Entretanto, podemos identificar elementos específicos da organização do trabalho que favorecem uma ou outra vivência. A materialização disso somente é possível por meio da fala dos trabalhadores, do discurso manifesto, da análise do conteúdo, que se constitui mediadora entre representações verbais e psíquicas e a realidade, reconhecendo que o sofrimento do trabalhador altera o valor do trabalho tanto para o indivíduo quanto para a organização.

## 2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O processo de construção e implantação da ESF é resultante de um conjunto de embates, travados por diferentes concepções ideológicas e atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, a PNAB brasileira assume as diretrizes do SUS e se propõe a ordenar o modelo assistencial nesse âmbito de atenção.

A forma como a ESF (assumida pela PNAB) se constitui e se organiza hoje não é fruto apenas do momento atual, ao contrário, tem uma longa trajetória de formulações e reformulações e de lutas que decorrem principalmente das discussões do campo da promoção da saúde.

No início do século XX, o célebre Relatório Flexner desencadeou nos Estados Unidos e Canadá uma profunda reavaliação das bases científicas da medicina, resultando na redefinição do ensino e da prática médica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O Relatório Flexner influenciou sobremaneira as práticas de saúde e seus reflexos repercutem ainda nos dias atuais. O relatório reforçou a separação entre individual e coletivo, biológico e social, curativo e preventivo, de modo que o estudo da medicina passa a centralizar-se no diagnóstico e tratamento das doenças (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; MENDES, 2012).

Um dos primeiros autores a terem uma posição um pouco divergente do modelo flexneriano foi Charles Edward Winslow, ao propor a necessidade de políticas de saúde pautadas em programas educativos que melhorassem as condições de saúde da população de uma determinada região. Em 1946, Henry Sigerist definiu medidas essenciais pautadas na promoção de saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de enfermos. A partir disso a saúde começa a romper a concepção de ausência de doença, ganhando um discurso de condições de vida decentes, fortificada principalmente por fatores determinantes de saúde como educação, trabalho e condições da rede assistencial (BUSS, 2003; BUSS; CARVALHO, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também colaborou ao definir saúde não apenas como a ausência de doença, mas como um estado de perfeito bem-estar físico, mental e social (BUSS, 2003). Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, ultrapassada e unilateral, pois a conquista deste completo bem-estar transcende as competências instituídas no campo da saúde, tornando esta definição utópica. Porém, apesar de insatisfatória para

nossos dias, ela teve uma boa repercussão por desvincular a condição saudável do agravo patológico como proposto pelo Relatório Flexner.

A oposição ao modelo flexneriano teve como resultado, na década de 60, o desenvolvimento da Medicina Comunitária como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, que dificultavam o acesso de todas as camadas da população. A proposta estruturou-se com base nos campos de conhecimentos da vigilância em saúde, valorizando as ações coletivas de promoção e proteção à saúde, em determinado território (FRANCO; MERHY, 2003).

Alguns anos depois, em 1965, autores como Leavell e Clark também trazem a discussão sobre promoção da saúde relacionada com a medicina preventiva, ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção: a prevenção primária, que inclui a promoção da saúde e proteção específica, como medida destinada a melhorar a saúde e promover o bem-estar geral; a prevenção secundária, que prevê o diagnóstico precoce e o desenvolvimento de ações que objetivem limitar danos e manejar precocemente as incapacidades, e a prevenção terciária, pautada na reabilitação (LEAVELL; CLARK, 1976; BUSS, 2003).

Quase uma década após, em 1974, Mark Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem Estar Social do Canadá, produz um documento chamado de *novas perspectivas sobre a saúde dos canadenses* (CANADÁ, 1974). O Informe Lalonde, como ficou conhecido, foi considerado por muitos como um marco da saúde mundial, uma vez que abriu possibilidade para a emergência de um novo paradigma para o setor.

O Informe se ancora nos determinantes da saúde vinculando-se a biologia humana, melhorias ambientais, estilos de vida como mudança de comportamento e organização da assistência. Ele propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para enfrentamento e resolução das condições não saudáveis (LALONDE, 1996; OLIVEIRA, 2005).

Nesse mesmo período no Brasil surge o movimento pela Reforma Sanitária (RS) brasileira, que se efetivou através de três frentes: o movimento popular em saúde, o movimento dos profissionais e intelectuais da área da saúde, representados principalmente pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva e movimentos sindicais, entre outros atores (GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2009).

A RS refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989; PAIM, 2009).

Outro grande evento que influenciou sobremaneira as práticas atuais da ESF e apresentou-se de certa forma sintonizado ao movimento de RS brasileira foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em 1978 na cidade de Alma Ata, República de Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Nesse evento também houve a participação de diversos países que afirmaram compromissos como a meta de “saúde para todos no ano 2000”, que teve como resultado a Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002; HEIMANN; MENDONÇA 2005).

Inspirada pela Declaração de Alma-Ata e contando com participantes de 38 países, principalmente do mundo industrializado, em 1986 aconteceu a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que teve como principal produto a Carta de Ottawa, tornando-se, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo, influenciando sobremaneira principalmente o contexto brasileiro (BUSS, 2003; BRASIL, 2002).

Os campos de ação a partir desta Carta se alicerçam nas políticas públicas saudáveis, no sentido de mudanças organizacionais ao nível de sistema; na criação de ambientes favoráveis, no sentido de reconhecimento da complexidade da sociedade; no reforço da ação comunitária e inclusão da sociedade nos processos decisórios relacionados à saúde; no desenvolvimento de habilidades pessoais, reforçando a importância da divulgação da informação como alternativa ao fomento da promoção à saúde, e na reorientação do sistema de saúde, objetivando o rompimento da visão curativista e fragmentadora pautada no modelo flexneriano (BUSS, 2003; BRASIL, 2002; MENDES, 2012).

A Carta também explicita que a promoção da saúde está além do próprio setor e responsabiliza a atribuição de fazer com que todos os setores (políticos, econômicos, ambientais, socioculturais, biológicos) devem permitir que tais fatores sejam favoráveis à colaboração da saúde. Um aspecto interessante ressaltado nestes fatores é a necessidade da criação de uma cultura de paz como condições e recursos fundamentais à saúde (BUSS, 2003; BRASIL, 2002).



É importante ressaltar que neste mesmo ano, 1986, foi realizada no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), espaço este que foi o ápice do movimento de RS brasileira e que buscava as transformações do setor saúde de modo que integrassem um processo de democratização da sociedade (PAIM, 2009).

A 8ª CNS foi o marco de participação democrática de muitos atores sociais na luta por melhores condições de saúde, e que teve como principal resultado a inscrição na Constituição Federal brasileira de 1988 do artigo 196, o qual estabelece saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como do artigo 198, que prevê atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas (BRASIL, 1988).

Essa conquista resultou posteriormente na homologação da Lei Orgânica da Saúde de nº 8080, que cria o SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços; e também da Lei nº 8142, que trata sobre a participação da comunidade no SUS e sobre aspectos relacionados às transferências intergovernamentais (BRASIL, 1990ab).

Os princípios e diretrizes do SUS englobados em sua Lei Orgânica abordam muitos aspectos que objetivam um modelo de saúde diferenciado. Dentre todos se destacam: a universalidade de acesso aos serviços; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; igualdade da assistência à saúde e participação da comunidade (BRASIL, 1990a).

Após a sanção das Leis (BRASIL, 1990ab), objetivando a aplicabilidade destas e conseqüentemente o cumprimento de seus princípios e diretrizes, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB 01 de 1991, NOB 01 de 1993, NOB 01 de 1996), com a função de superar os limites financeiros, estruturais, técnicos e definir aspectos operacionais para implementação do SUS nas três esferas de governo (GIL, 2006).

A partir desses avanços legais e pela emergente necessidade de mudança das práticas de saúde, baseado nos pressupostos da APS e em experiências bem sucedidas ocorridas em alguns países como Cuba, Canadá e Reino Unido, tem início em 1994 a implementação do PSF.

As origens do PSF estão no Programa de Agentes de Saúde desenvolvido no Ceará em 1987 pela Secretaria Estadual de Saúde, no primeiro governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de emergência para o combate à seca e estendido para todo país em 1991, denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Bem como em uma experiência de programa de saúde da família, no município de Quixadá, também no estado do Ceará (MARQUES; MENDES, 2002; MENDES, 2012).

O MS mais tarde começou a romper com o conceito semântico de programa, reforçando a ideia de que este era uma estratégia, fundamental na reorientação do modelo assistencial brasileiro e “[...] incorporou ao discurso oficial, o que é importante, mas é preciso ir além, instituindo-se uma transformação de conteúdo, uma mudança paradigmática” (MENDES, 2012, p. 23). Entretanto, somente passa a reconhecê-la como tal a partir da portaria nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a PNAB e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a ESF e PACS.

Com o passar dos anos e mediante a experiência acumulada em todos os entes federados que demonstram a necessidade de adequação de suas normas, novamente o MS entende como necessário revisar e adequar as normas nacionais para o atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil.

Neste sentido em 2011, o MS publica a Portaria nº 2.488 que normatiza a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2012). Um dos grandes diferenciais dessa portaria, além de regulamentação de equipes de atenção básica para populações específicas (ribeirinha e consultórios de rua) é a garantia até 2011 da implantação de ACS nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família, e declara “extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com essa configuração a partir da publicação desta portaria” (BRASIL, 2012, p. 61).

Assim, infere-se que o MS brasileiro assume como política estruturante da ABS o fim das equipes que atuavam no modelo tradicional orientado pela biomedicina, e a adoção de uma única modalidade, a saber, a ESF. A ESF visa contribuir para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho na ESF compreende: definição do território de atuação; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com demandas locais priorizando os grupos de risco; oportunizar o acolhimento do usuário com escuta qualificada visando atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

assistir o usuário dentro e fora da UBS, compreendendo o domicílio do mesmo; realizar ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças; cooperar na melhoria da qualificação dos modelos de atenção e gestão; participar do planejamento local de saúde e no fortalecimento do controle social, entre outros (BRASIL, 2012).

A ESF adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento ao processo saúde-doença. Propõe a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde (SORATTO et al., 2015). Essa nova proposta prevê uma responsabilização integral para a atenção às necessidades de saúde do conjunto da população, prescrevendo uma reorganização do modelo assistencial de saúde brasileiro ancorada em princípios como universalidade, equidade e integralidade da atenção (MENDES, 2012).

Isso proporciona um resultado assistencial diferenciado ao incorporar um novo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, incluindo promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Por fim, a ESF apresenta-se ainda em forte expansão, o que denota sua importância, bem como seu positivo reflexo para a saúde da população de todo território nacional brasileiro.

### 3 MÉTODO

A satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de saúde da ESF é algo complexo e o seu entendimento requer a apreensão de sua totalidade. O presente estudo foi pautado em uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico o materialismo histórico dialético (MARX, 2012), a teorização de Christophe Dejours acerca da satisfação e insatisfação (DEJOURS, 1994, 2004, 2006, 2009, 2012), associando a PNAB brasileira (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi realizada através de observação, estudo documental e entrevistas semiestruturadas, e a análise dos dados foi norteada pela análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011), associada aos recursos do *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti (FRIESE, 2014). O compromisso ético da pesquisa foi sustentado no respeito ao participante em todas as fases da pesquisa e no respeito a todas as legislações vigentes que norteiam a pesquisa com seres humanos.

O presente estudo utilizou dados da macropesquisa “*Inovações tecnológicas não materiais e cargas de trabalho dos profissionais de saúde*”, aprovada pelo CNPq, edital universal 2011-2013 (PIRES, 2014), coletados por uma equipe de pesquisadores a qual o autor da tese integrou a partir de 2012 e participou da organização e análise dos dados. Essa pesquisa visou identificar e analisar as cargas de trabalho em dois modelos assistenciais [modelo tradicional e na ESF] nas regiões Norte, Sul e Centro-oeste.

A satisfação e insatisfação dos profissionais da ESF foram aspectos de significativo destaque, mas não agregados no estudo supracitado. Nesse sentido, objetivou-se utilizar somente o banco de dados dos profissionais que trabalhavam na ESF e ampliar a pesquisa para outras regiões do país [Nordeste e Sudeste], enfocando a temática proposta da tese. É importante destacar ainda que foram utilizados os mesmos instrumentos de coleta de dados e seus respectivos roteiros em ambas as pesquisas.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

A natureza deste estudo se enquadrou em uma pesquisa de campo, cujo propósito do pesquisador é o de se aproximar das pessoas de modo a compreender um problema ou situação, a partir do cenário natural (MINAYO; DESLANDES, 2008; MINAYO, 2010).

No trabalho de campo a interação do pesquisador com os sujeitos da investigação é essencial. Nessa fase se estabelecem

[...] relações de intersubjetividades, das quais resulta o confronto da realidade concreta com os pressupostos teóricos da pesquisa. Objetiva gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista, sendo o campo não apenas compreendido como lócus de atuação do pesquisador, mas o interstício do objeto de estudo, ou seja, os sujeitos e objeto de investigação (MINAYO, 2008, p. 61-63).

O campo corresponde a este recorte espacial que contém em termos empíricos a abrangência do recorte teórico correspondendo ao nosso objeto da investigação. Nesse caso, como buscamos a análise da satisfação e insatisfação dos trabalhadores e as facetas que cercam tal discussão, o campo em questão se restringe ao seu espaço de atuação, ou seja, a ESF.

A abordagem metodológica utilizada neste estudo foi a qualitativa (MORSE, 2003; MINAYO, 2010; POLIT, BECK, 2011). Ela tem como característica considerar o contexto em sua totalidade e as relações que se estabelecem. Também visa a uma interação entre investigador e participantes a serem pesquisados, o que implica uma interdependência viva entre ambos (PRADO et al., 2008). Nesse sentido, as relações intersubjetivas (pesquisador/pesquisado) constituem-se em uma característica fundamental e inovadora na produção dos conhecimentos na pesquisa qualitativa, pressupondo geralmente provocar o esclarecimento de uma determinada situação (MINAYO, 2010).

A abordagem qualitativa foi-se estruturando e se revigorando a partir de um processo histórico focada em multimétodos, envolvendo a perspectiva interpretativa e naturalista de problemas. Isso significa que os pesquisadores na abordagem qualitativa estudam os problemas e seus contextos, tentando fazer sentido ou interpretar os fenômenos em termos de significados que os participantes externam ao pesquisador (MINAYO, 2010).

Nos estudos qualitativos não se tem a necessidade de um grande número de participantes, visto que estes almejam descobrir significados e realidades, e não prevalência (MINAYO, 2010). O investigador reconhece que a sua relação com o objeto de estudo é fundamentada por

intersubjetividades e não se coloca como detentor do conhecimento, e sim como alguém que considera que os participantes do estudo possuem saber e experiência que propiciem a produção de conhecimento (MINAYO, 2010). Essa imersão da aproximação traz à tona uma infinidade de informações que precisam ser organizadas e analisadas para poderem responder às indagações e construir um novo saber.

Os seguintes critérios da pesquisa qualitativa foram respeitados, a saber: credibilidade, possibilidade de confirmação, significado do contexto, os padrões recorrentes, a saturação e a possibilidade de transferência (MORSE, 2003).

Este estudo sustenta-se em uma tríade teórica, a saber: o materialismo histórico dialético, para compreender as relações no trabalho e o modo de produção social que o trabalho se realiza (MARX, 2012); os preceitos de Dejours (1994, 2004, 2006, 2009, 2012), para fortalecer os aspectos sobre a satisfação e insatisfação no trabalho, e na PNAB (BRASIL, 2012) com vistas ao estabelecimento de relações entre aquilo que está prescrito e a realidade dos serviços de saúde.

### 3.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES E LOCAL DA PESQUISA

Considerando-se os critérios utilizados em pesquisas qualitativas, a seleção dos participantes foi intencional, ou seja, foram escolhidos “os casos ou os tipos de casos que podem contribuir mais para as necessidades de informação do estudo” (POLIT; BECK, 2011, p. 354).

Este tipo de amostragem não probabilística, muitas vezes, é criticado por pesquisadores quantitativos por sua característica de delimitação. Ou seja, por não seguir as regras do rigor estatístico, o que não permitiria que os resultados obtidos fossem generalizáveis. Este argumento é muitas vezes equivocado, pois “[...] diferentemente das pesquisas quantitativas, a seleção dos elementos amostrais em pesquisas qualitativas não decorre da mensuração da distribuição de categorias como nos estudos matematizados de características clínicas e bio-sócio-demográficas” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 20).

Os critérios dos estudos qualitativos não obedecem aos padrões quantitativos. A escolha decorre, sobretudo, da preocupação de que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto, algumas delas em contínua construção histórica (MINAYO, 2010).

Por seguinte, alguns pesquisadores qualitativistas, para a garantia da credibilidade das amostras não probabilísticas, defendem que é necessário um rigoroso cuidado, como a elencação de critérios prévios

que sustentem e garantam o cumprimento dos objetivos da pesquisa (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; FONTANELA et al., 2011).

Diante do exposto, os critérios para escolha das ESF e dos profissionais estudados incluíram:

a) UBS com Saúde da Família (SF) das cinco regiões geográficas do Brasil (Sul, Centro-Oeste, Norte, Sudeste e Nordeste), incluindo, no mínimo, um município e estado em cada região;

b) equipes de Saúde da Família (eSF) de boa qualidade segundo informações da gerência, profissionais ou lideranças das diferentes regiões;

c) profissionais das diferentes categorias que compõem as ESF estudadas;

d) eSF que dispuseram, no mínimo de todos os componentes da equipe mínima conforme preconizado pela PNAB (BRASIL, 2012). A saber, médico generalista ou especialista em SF ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em SF, auxiliar ou técnico de enfermagem.

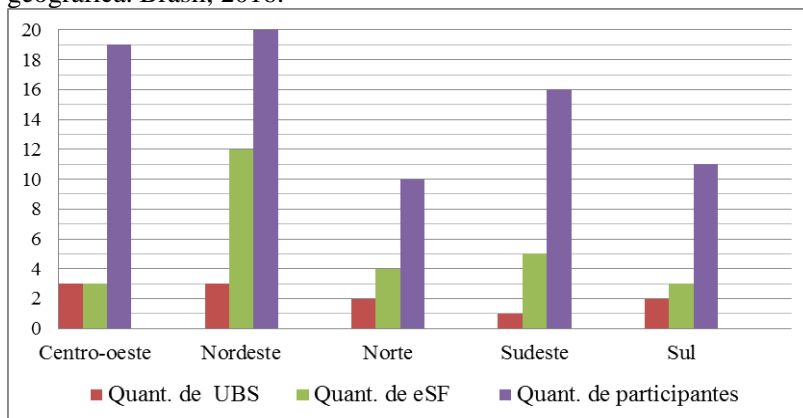
Já quanto aos critérios de exclusão foram considerados:

a) UBS nas quais convivem os dois modelos assistenciais, ou seja, o modelo de assistência tradicional e a ESF;

b) trabalhadores das equipes que não sejam profissionais de saúde, excluindo, portanto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhadores da área administrativa, limpeza e apoio.

O estudo foi composto por setenta e seis (76) profissionais de saúde, de vinte e sete (27) eSF, estas lotadas em onze (11) UBS de seis (06) municípios, distribuídos nas cinco (05) regiões geográficas do país, conforme o gráfico 01 na página a seguir.

Gráfico 1 – Distribuição das UBS, eSF e participantes por região geográfica. Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

O gráfico caracteriza a representatividade por região geográfica demonstrando que o número de UBS ficou entre uma (1) e três (3); as eSF de três (3) a doze (12), com destaque para a Região Nordeste, e o número de participantes oscilaram de dez (10) a vinte (20) por região. A oscilação desses números entre as regiões variou de acordo com o tempo de permanência do pesquisador, condições locais para realização da pesquisa e disponibilidade dos participantes.

A pesquisa na região Centro-oeste foi realizada em duas regiões administrativas (RA) do Distrito Federal, contemplando dezenove (19) participantes de três (03) eSF em três (03) UBS. Na região Nordeste foi realizada no município de Natal com vinte (20) participantes de doze (12) eSF em três (03) Unidades de Saúde. Na Região Norte foi realizada no município de Belém com dez (10) participantes de quatro (04) eSF em duas (02) UBS.

Na região Sudeste foi realizada no município do Rio de Janeiro com dezesseis (16) participantes de cinco (05) eSF em uma (01) UBS. E por fim, na região Sul foi realizada nos municípios de Pato Branco e Coronel Vivida, com onze (11) participantes de três (03) eSF em duas (02) UBS. A descrição detalhada dos participantes e seus contextos de atuação estarão dispostos na seção de resultados desta pesquisa.

Essa amostra foi considerada suficiente pelo critério de saturação dos dados, ou seja, quando o pesquisador não encontra nos participantes da pesquisa mais explicações, interpretações ou descrições do fenômeno estudado (MORSE, 2003, p. 127; FONTANELLA et al., 2011).



[...] As decisões sobre amostragem são orientadas pelos próprios dados. [...] O princípio da *saturação* [grifo do autor], ocorre quando os temas e categorias dos dados tornam-se repetitivos e redundantes, de modo que a coleta de maior quantidade de dados já não gera novas informações (POLIT; BECK, 2011, p. 103).

Em estudos qualitativos não há regra para o tamanho da amostra (POLIT; BECK, 2011), sendo ele determinado com base na necessidade de informações, mediante a saturação dos dados. A saturação dos dados levou em consideração uma combinação de critérios como: os limites empíricos das informações coletadas, a integração das informações com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### 3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, observação sistemática e estudo documental e tiveram como resultados gerais o quantitativo descritivo expresso na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da quantidade e tipos de instrumentos de coleta de dados por região geográfica. Brasil, 2016.

Região geográfica	Entrevistas		Observação		Documentos	
	n	%	n	%	n	%
Centro-oeste	19	25,0	17	48,5	3	9,4
Nordeste	20	26,3	3	8,6	11	34,4
Norte	10	13,2	10	28,6	8	25,0
Sudeste	16	21,0	2	5,7	4	12,5
Sul	11	14,5	12	34,3	6	18,7
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

Fonte: dados da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2010 e abril de 2014 em um horário e local adequado sugerido pelos participantes, de modo a garantir sigilo e conforto. Contou com a colaboração de coletadores para as regiões Sul, Centro-oeste e Norte que foram

devidamente capacitados e seguiram um roteiro padrão de investigação. Enquanto nas regiões Nordeste e Sudeste a coleta de dados foi realizada pelo autor da tese.

Para facilitar a compreensão do leitor, após a sustentação teórica de cada instrumento de coleta de dados procede-se uma apresentação da síntese dos resultados descritivos de cada instrumento.

### **3.3.1 Entrevistas semiestruturadas**

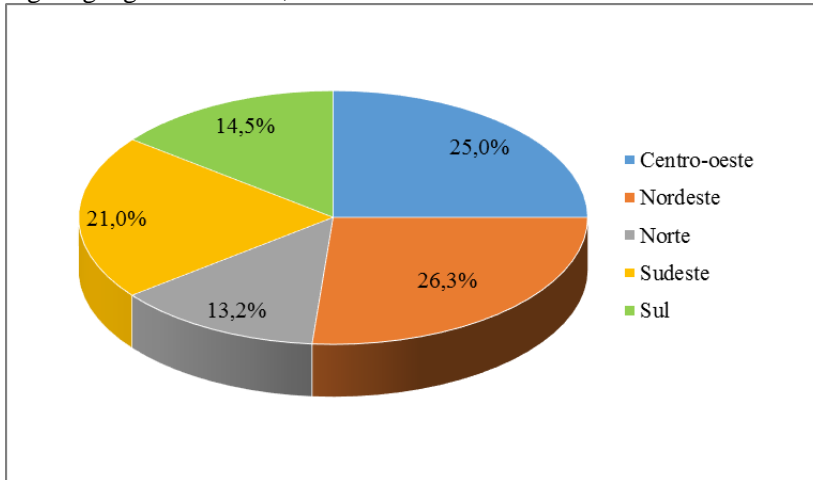
O tipo de entrevista adotado neste estudo foi a semiestruturada (MINAYO, 2010; POLIT; BECK, 2011). As entrevistas semiestruturadas obedeceram a um roteiro (APÊNDICE A), de modo a facilitar a abordagem e assegurar que seus pressupostos sejam contemplados na conversa (MINAYO, 2010). Esse tipo de entrevista é usado quando possui tópicos ou questões a serem abordadas durante a entrevista, de modo que a função do pesquisador é estimular os participantes a falarem livremente sobre os assuntos elencados (POLIT, BECK, 2011).

O roteiro da entrevista foi composto por perguntas fechadas e abertas (POLIT; BECK, 2011). As perguntas fechadas objetivaram principalmente a descoberta do perfil do participante, uma vez que “consiste em garantir a comparação das respostas e facilitar a análise” (Ibid., p. 378). A pergunta aberta focou especificamente no objeto de pesquisa deste estudo, permitindo ao participante responder em suas próprias palavras, gerando uma maior riqueza de informações. O roteiro buscou identificar:

- a) o perfil dos participantes;
- b) as informações relativas ao trabalho dos profissionais de saúde das equipes;
- c) a estrutura organizacional da instituição e o macrocenário político-social do município, região e do país onde estão inseridas;
- d) composição das equipes e caracterização das práticas assistenciais;
- e) organização, divisão e relações de trabalho nas equipes;
- f) condições de trabalho;
- g) caracterização da ESF relacionando o prescrito com o realizado e sua influência na satisfação e insatisfação dos profissionais;
- h) motivos de satisfação e insatisfação do trabalho na ESF.

Assim, foram entrevistados setenta e seis [76] participantes, sendo dezenove [19] na região Centro-oeste; vinte [20] na região Nordeste; dez [10] na região Norte; onze [11] na região Sul e dezesseis (16) na região Sudeste. O gráfico 2 demonstra essa divisão.

Gráfico 2 – Distribuição das entrevistas semiestruturadas (n=76) por região geográfica. Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

### 3.3.2 Observação

A observação foi selecionada como técnica de coleta de dados complementar neste estudo, devido à possibilidade de se captar uma variedade de situações às quais não se teria acesso somente por meio de perguntas realizadas aos participantes (MINAYO, 2008, 2010; POLIT, BECK, 2011). A observação realizada foi orientada por um roteiro previamente elaborado, de modo que “o pesquisador, antes da coleta de dados, elabora um plano específico para organização e o registro das informações. Isto implica estabelecer antecipadamente as categorias necessárias à análise da situação” (GIL, 2007, p. 114).

A observação não é “apenas um método no conjunto da investigação, mas um método em si mesmo para compreensão da realidade” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2008, p. 70). Mesmo que a observação seja não estruturada ela permite “enxergar o mundo como os participantes do estudo veem, desenvolver uma compreensão

rica do fenômeno estudado e capturar as sutilezas da variação cultural” (POLIT; BECK, 2011, p. 387).

A observação é a técnica de captação de dados menos estruturada que é utilizada nas ciências sociais. Isso não significa descompromisso metodológico, mas, sim, exige um rigor técnico e observância aos preceitos metodológicos, juntamente com a necessidade do “pesquisador revitalizar seu espaço social, aprendendo a se pôr no lugar do outro” (MINAYO, 2010, p. 274).

É importante ressaltar que, assim como nas entrevistas semiestruturadas, na observação o pesquisador não participa através de ações para transformação do processo, mas não é claro que sua presença por si só já influencia o meio no qual está inserido. Como referem Minayo, Assis e Souza, o pesquisador “modifica e é modificado pelo contexto da observação, sendo esta uma relação intrínseca [...] é também interação com os vários atores em campo” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p. 163).

A observação foi materializada através do diário de campo (MINAYO, 2010), consistindo no registro de notas descritivas, reflexivas, metodológicas e/ou pessoais (POLIT; BECK, 2011). Essas notas expressas no diário de campo “representam os esforços do observador para registrar as informações e sintetizar e compreender os dados” (Ibid., p. 390).

Para que a observação se torne válida e fidedigna, requer planejamento em relação ao que observar. Nesse sentido, as notas escritas nos diários de campo seguiram um roteiro (APÊNDICE B) que teve como base os seguintes elementos observáveis:

a) *estrutura*: condições físicas do local e de materiais para a prestação da assistência em saúde;

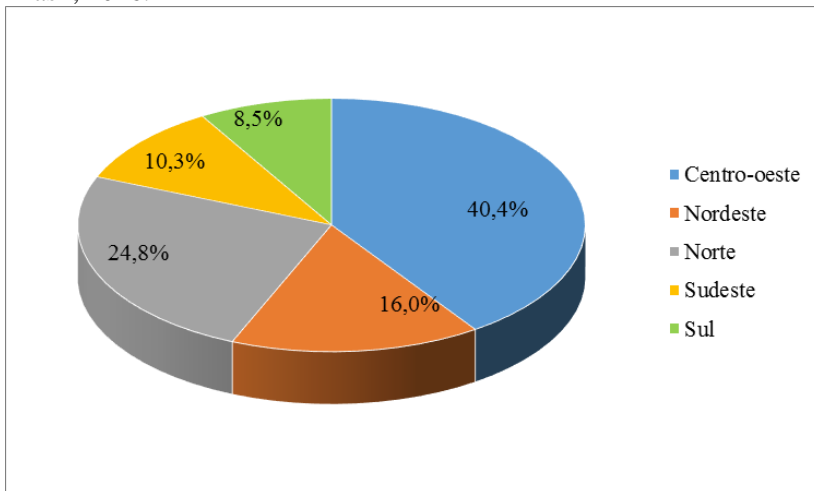
b) *processo de trabalho*: as atividades assistenciais realizadas na UBS e fora da UBS, incluindo como o trabalho é realizado e sua divisão na equipe e dentro de cada profissão, as relações interpessoais entre os profissionais, e destes com os usuários, assim como dos profissionais com os gestores. As atividades diárias realizadas pelos profissionais, incluindo as de cunho educativo e administrativo gerenciais, e identificação de cargas de trabalho e de sua relação com a satisfação e insatisfação no trabalho;

c) *intercorrências*: acontecimentos de origens diversas, tais como ruídos, conversas paralelas, ações imprevisíveis da assistência em saúde e que possam interferir na satisfação e insatisfação dos participantes, entre outros aspectos;

d) *reações*: as manifestações verbais e não verbais dos participantes durante a presença no campo; manifestações verbais e não verbais que revelam satisfação e insatisfação no trabalho.

As observações foram realizadas oscilando períodos matutinos e vespertinos, algumas com visitas aos locais, específicas para este fim, outras realizadas no intervalo entre as entrevistas. Ao total foram quarenta e quatro (44) notas, totalizando 142 horas e 30 minutos de observação, conforme a distribuição do percentual de tempo por região ilustrado no gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição do tempo de observação por região geográfica. Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

O tempo de observação está proporcionalmente ligado ao número de notas geradas, no entanto, o número de notas não tem relação direta com a profundidade do conjunto da descrição das observações por região e nem com a qualidade descritiva da realidade encontrada.

Neste sentido foram doze [12] notas na Região Sul, realizadas entre os dias 17 de novembro de 2010 e 05 de janeiro de 2011 com um tempo total de 12 horas; duas [2] notas na região Sudeste nos dias 10 e 11 de abril de 2014 com um tempo total de 14 horas e 30 minutos; dezessete [17] notas na região Centro-oeste que aconteceram entre os dias 15 e 18 de junho, 06, 07, 11, 16, 20, 24 de julho, 13, 24, 25, 26, 27 e 28 de setembro, 08 de agosto, ambos do ano de 2012 com um tempo

total de 57 horas; três [3] notas na região Nordeste que aconteceram entre os dias 14, 15 e 16 de abril de 2014 com um tempo total de 22 horas e 30 minutos, e, por fim, dez [10] notas na região Norte entre os dias 13, 15 e 21 de novembro, 12, 21 e 28 de dezembro de 2012, 09, 16, 23 e 30 de janeiro de 2013 com um tempo total de 35 horas.

### **3.3.3 Estudo documental**

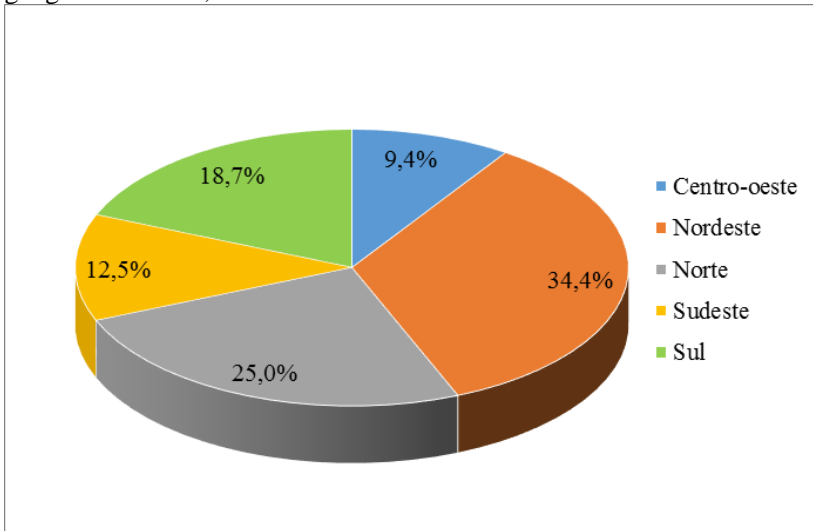
O estudo documental também serviu como uma estratégia complementar para subsidiar a entrevista (FLICK, 2009). O estudo documental consiste em “materiais que ainda não receberam um tratamento analítico como reportagem de jornal, cartas, contratos, diários entre outros” (GIL, 2007, p. 66). Essa análise documental se pautou em documentos pessoais e públicos, ou seja, produzidos para fins organizacionais de instituições não privadas (FLICK, 2009; POUPART et al., 2010).

A análise documental de informações impressas obtidas junto as ESF e SMS oportunizou, juntamente com as observações, subsidiar ainda mais a compreensão adquirida com as entrevistas, corroborando para uma maior compreensão dos aspectos que podem influenciar a satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde, e principalmente fornecendo subsídio para a construção dos contextos estudados.

O estudo documental seguiu um roteiro (APÊNDICE C) contemplando escritos que tiveram informações relevantes, acessíveis ao pesquisador e disponíveis nos locais onde foi realizada a pesquisa.

O total de documentos analisados foi de 32, e a distribuição por região está ilustrada no gráfico 4 na página seguinte, a saber: três (03) na região Centro-oeste; onze [11] na região Nordeste; oito [08] na região Norte; quatro [04] na região Sudeste e seis [06] na região Sul. É importante destacar que a quantidade de documentos por região não reflete diretamente na qualidade das informações obtidas.

Gráfico 4 – Distribuição de documentos analisados por região geográfica. Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

Os documentos contemplados nesta análise foram: planilhas de produções; cartazes e planilhas de organização das ações profissionais e folhas relacionadas ao processo de trabalho fixadas nas paredes, murais e armazenadas em arquivos dos profissionais; mapa dos distritos sanitários, das áreas de abrangência de cada ESF; documentos que descreviam a estrutura física, assistencial e funcional da ESF; lista com o número, nome e o tipo das UBS; diretrizes, objetivos e metas dos planos municipais de saúde; relatórios de gestão; leis complementares; cadernos de estatísticas; normas de proteção à saúde dos trabalhadores e procedimentos em casos de doenças ou acidentes; fotos e recortes de jornais relacionados à temática pesquisada.

Por motivos éticos, no tocante à garantia do anonimato não foi detalhado nominalmente cada documento e sim de maneira genérica, bem como o local em que foram coletados, pois muitos documentos oportunizariam a caracterização da ESF estudada.

Deve-se ainda destacar que os documentos analisados não tiveram uniformidade nos diversos cenários estudados e os dados sobre adoecimento e procedimentos em caso de doença ou acidente não estavam disponíveis na grande maioria dos serviços incluídos na pesquisa.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados qualitativamente, visando obter a descrição significativa do conteúdo das sínteses geradas pelos participantes, permitindo a inferência de conhecimentos relativos à temática proposta.

Os resultados obtidos nas entrevistas semiestruturadas foram relacionados aos levantados nas observações e no estudo documental, objetivando, através da triangulação de dados, fortalecer ainda mais a análise e a discussão das informações advindas da investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; MINAYO, 2010). A triangulação de dados envolve

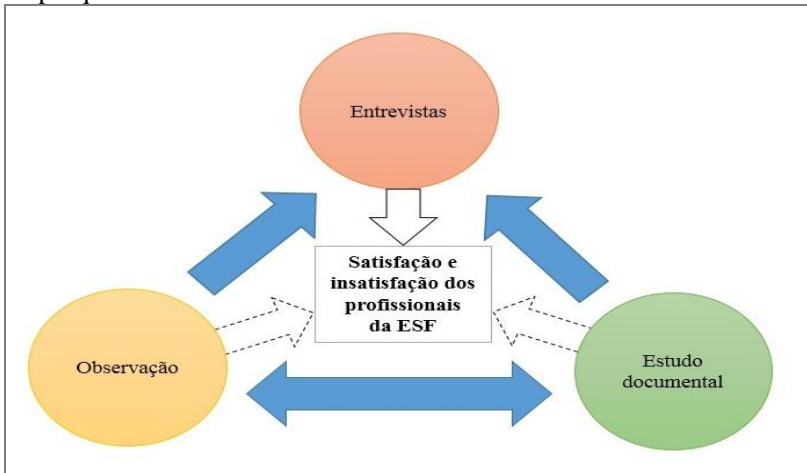
[...] o uso de múltiplas fontes de dados [entrevistas, observações, documentos] para validar conclusões. [...] A variedade de métodos de coleta de dados fornece uma oportunidade de avaliar até que ponto emerge um quadro coerente e consistente do fenômeno (POLIT; BECK, 2011, p. 541).

A triangulação envolve um processo de coleta de dados em diferentes períodos e de fontes distintas de modo a obter uma descrição mais rica e detalhada dos fenômenos, explorando as diferenças temporais, de locais e com indivíduos diferentes (POLIT; BECK, 2011).

Assim, a triangulação de dados se materializou pelas relações dos três instrumentos de coleta de dados deste estudo. As entrevistas foram as principais fontes dos dados. Já a observação e o estudo documental foram adotados como fonte complementar, porém não menos importante, que colaboraram para uma maior compressão do fenômeno e seu contexto. A figura 2 demonstra a relação entre os instrumentos.



Figura 2 – Diagrama da relação entre os instrumentos de coleta de dados da pesquisa.



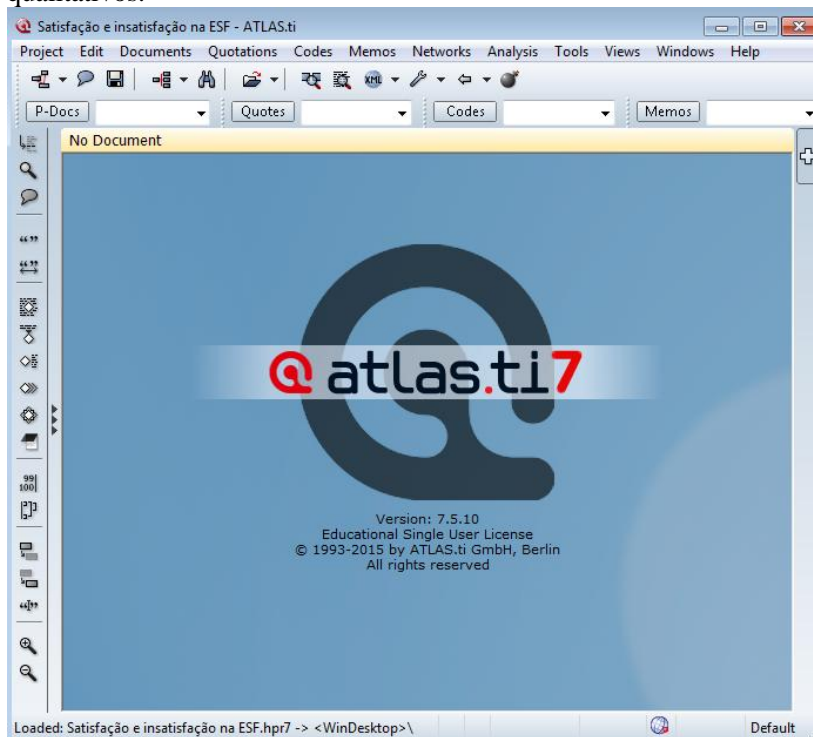
Fonte: dados da pesquisa.

A análise de dados em pesquisa qualitativa tem sido algo de considerável complexidade e um desafio para as investigações sociais e do setor saúde. Primeiro pela concepção epistemológica que a pesquisa qualitativa exige do pesquisador, por seguinte, pela grande quantidade de dados gerados, juntamente pelas dificuldades que o pesquisador possui em organizá-los e manejá-los com maior fidedignidade.

Na tentativa de colaborar para um rigor analítico mais confiável nas pesquisas qualitativas, bem como na otimização de tempo com vistas a atender as demandas institucionais, alguns *softwares* foram desenvolvidos para auxiliar o processo de análise.

Nesta pesquisa o processo de organização das informações coletadas aconteceu mediante a utilização do *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015). A figura 3 ilustra a interface do *software*.

Figura 3 – Interface principal do *software* Atlas.ti para análise de dados qualitativos.



Fonte: Atlas.ti (2015).

Nessa figura destacam-se as principais ferramentas necessárias para a utilização do *software* bem como para entendimento do processo de análise de dados desta pesquisa:

- a) *Hermeneutic unit* (HU) é a unidade que contém os dados da pesquisa, ou seja, é a pesquisa em questão, a qual o nome é *Satisfação e insatisfação na ESF*;
- b) *primary documents* ou *P-Docs* (PDs) representam os dados empíricos que foram adicionados à HU, ou seja, entrevistas, notas de observação e estudo documental. O estudo documental foi inserido no *software* como *comment* (comentários);
- c) *quotations* ou *quotes* são as citações dos PDs, ou seja, se tratando em especial desta pesquisa, foram fragmentos

- selecionados das falas dos participantes ou das notas de observações;
- d) *codes* é a codificação, mediante a tipificação por uma palavra ou um conjunto de palavras de cada *quotation*;
  - e) *memos* são lembretes que objetivam associar as *quotations* à teoria ou a um comentário particular do autor da pesquisa;
  - f) *families* são conjuntos de *PDs*, *codes* ou *memos* agrupados por conveniência ou por proximidade teórica;
  - g) *networks* são redes de visualização que podem integrar *PDs*, *codes*, *quotations* e *memos*, possibilitando uma análise inferencial mais efetiva;
  - h) *outputs* são as extrações sínteses das associações entre *codes* e *quotations*. Esse não aparece na interface principal do *software*, porém, é um recurso indispensável para concretização da pesquisa.

Após a inserção dos dados no *software*, estes foram analisados segundo Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2011). Neste tipo de análise, o objetivo é “descobrir os núcleos do sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316). A análise de conteúdo foi dividida em três fases: “pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação” (BARDIN, 2011, p. 125).

A *primeira fase* [pré-análise] consiste na escolha dos “documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 2011, p. 125). Nesta etapa foi feita a leitura na íntegra do conteúdo das entrevistas, das notas de observação, assim como a leitura dos documentos selecionados. As entrevistas gravadas foram transcritas digitando o texto no formato *.txt* do *Word Microsoft Office 2010*.

Após a transcrição das entrevistas, a digitalização das notas de campo e a organização dos documentos de análise, foi criada uma *HU* no *software* Atlas.ti com o nome *Satisfação e insatisfação na ESF* contendo todos os documentos obtidos, os quais foram inseridos como *PDs*. Os documentos provenientes de estudo documental não foram inseridos, porém, os aspectos significativos foram destacados como *Coments* [comentários] dentro do *software*.

Na *segunda fase* [exploração do material], objetivou-se alcançar o aspecto central de compreensão do texto. Conforme Bardin (2011, p. 131), trata-se de uma “fase longa e fastidiosa, que consiste

essencialmente em operações de codificações, decomposição ou numeração” (BARDIN, 2011, p. 131). Nesta etapa foram construídos os *codes*, com base em segmentos das *quotations*, algumas vinculadas a *memos* teóricos, e posteriormente gerando categorias [*families*] de *codes* conforme os objetivos propostos pela pesquisa.

O principal aspecto dessa fase foi o processo de codificação (BARDIN, 2011), que mesmo acontecendo de forma conjunta possuiu três etapas distintas:

- a) escolha das Unidades de Registro e Unidades de Contexto [*quotations*] que foram utilizadas, mediante a seleção de expressões ou palavras significativas referente ao objeto de estudo;
- b) definição das regras de contagem, nessa etapa foram contemplados os principais *codes* que representaram a proposta investigativa do estudo. Para essa definição levou-se em consideração a frequência de aparecimentos de *codes* em um número maior de participantes e regiões e a intensidade com que estes foram reforçados pelos participantes. O critério de intensidade se baseou na sustentação do participante naquilo que ele considerava como principal motivo de satisfação ou insatisfação;
- c) escolha das categorias, geradas por ordem semântica, objetivou agrupar *codes* em *families* segundo características de “[...] exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade” (BARDIN, 2011, p. 149-50).

O processo de codificação se pautou na “[...] transformação dos dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão” (BARDIN, 2011, 133). Esse processo foi consolidado mediante a realização de diversas leituras com aproximações e afastamentos dos dados empíricos; ajustes ortográficos; inserções, exclusões e fusões de alguns *codes*.

Ainda nessa fase foram utilizadas algumas ferramentas de análise do *software* [*analysis*], principalmente a *codes-primary documents table* para identificar as frequências dos *codes* em cada documento; *cooccurrence explorer* para identificar as *quotations* que estavam vinculadas a mais de um *code* e a *condings analyzer* para identificar *codes* repetitivos em uma mesma *quotation* ou em *quotations* próximas.

Já na *terceira fase* [interpretação], os “resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos”, permitindo “estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras” (BARDIN, 2011, p. 131). Assim articulou-se *quotations*, *codes*, *families* e *memos*

aos objetivos da pesquisa e ao referencial teórico, com vistas a gerar redes de trabalho [*networks*] possibilitando a visualização dos principais resultados. Nessa fase também foram gerados *outputs*, ou seja, foram extraídas as Unidades de Registro e Contexto [*quotations*] relacionadas ao objeto de estudo.

Apesar de possuir uma fragmentação das etapas analíticas, a análise dos dados aconteceu de maneira simultânea. É importante ainda destacar que o processo de análise em todas as suas fases se alicerçou em uma tríade cíclica, a saber: os dados empíricos, o alicerce teórico e a percepção do pesquisador sobre o fenômeno estudado.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O principal objetivo quando se trata de ética é garantir o respeito devido à dignidade da pessoa. Nesse sentido, mais relevante que uma aplicação de conceitos foi uma postura ética por parte do pesquisador em todos os momentos da pesquisa.

A coleta de dados respeitou todos os preceitos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos, bem como também respeitou todas as diretrizes legislativas brasileiras vigentes na Resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013). A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

Após a qualificação do projeto realizada pela banca de pares do PEN/UFSC e um membro externo em dezembro de 2013, este foi inserido na base nacional on-line da Plataforma Brasil, que unifica os registros de pesquisas de todos os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP).

Paralelamente à inserção do projeto foram estabelecidos os contatos com pessoas-chave de cada região, bem como foi solicitada autorização das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), item necessário para o referido cadastro na Plataforma. Após o deferimento do CEP na Plataforma Brasil com a emissão do número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), se procedeu a inserção no campo para realização da pesquisa.

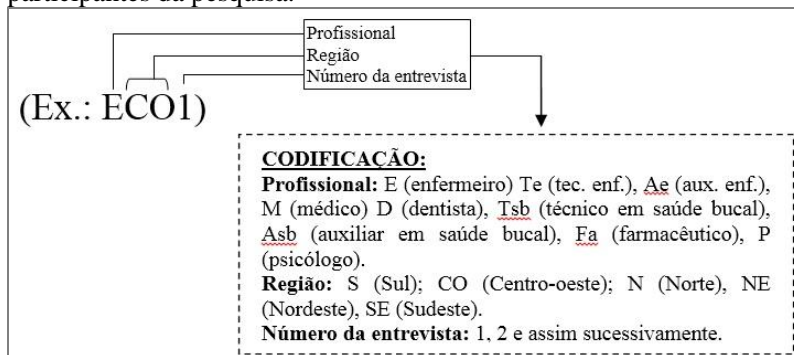
Por ser um recorte e ampliação de outro estudo, como já mencionado, a presente pesquisa teve dois pareceres de aprovação, a

saber: o primeiro foi concedido antes da unificação dos projetos na Plataforma Brasil, com o parecer: Processo 971 FR: 366844 (ANEXO A), e o segundo, já inserido via Plataforma Brasil, com o número do parecer 723.695 (ANEXO B).

Os participantes que atenderam os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, sendo a participação de caráter livre, sem cobrança de qualquer quantia financeira por nenhuma das partes. Assim como ficou garantida a desistência em qualquer momento da pesquisa. Todos os participantes que aceitaram participar do estudo juntamente com o pesquisador assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), composto por duas vias, sendo que cada um permaneceu com uma via do documento.

O anonimato dos participantes foi garantido por meio de um código alfanumérico composto pelas iniciais da profissão [E para enfermeiro, M para médico, Te para técnico de enfermagem, P para psicólogo, etc.], e da região geográfica [S, N, NE, SE e C] seguido de um número cardinal que expressa a numeração da entrevista da determinada categoria profissional, exemplo: ECO1, é primeiro (a) enfermeiro (a) da região Centro-oeste; MS2, é segundo (a) médico (a) da região sul, e assim sucessivamente para com todos os profissionais e regiões brasileiras. A figura 4 a seguir ilustra a codificação para garantia do anonimato dos participantes.

Figura 4 – Código alfanumérico para garantia do anonimato dos participantes da pesquisa.



Fonte: Produção dos autores.

Os contextos dos participantes também foram descritos, para garantia do anonimato dos locais pesquisados, as UBS foram nomeadas da seguinte forma: ESF, seguido da região geográfica e de um número

cardinal. Por exemplo: Estratégia Saúde da Família Nordeste 1, indica que essa foi a primeira ESF da região Nordeste onde foram colhidos os dados; ou Estratégia Saúde da Família Sul 2, indica que essa foi a segunda ESF da região Sul, e assim sucessivamente.

Os instrumentos de coleta de dados foram manuseados somente pelos pesquisadores da pesquisa. Nas entrevistas foi utilizado um gravador digital Sony PX720 que suporta arquivos *MP3* e *WMA* para gravação das respostas, e que permitiu a ausculta do áudio para transcrição posterior em arquivo *.doc* ou *.txt* do *Word Microsoft Office*. Estes arquivos ficarão armazenados com o pesquisador por cinco anos e após esse período serão excluídos do acervo.

Quanto aos riscos e benefícios do estudo, esta pesquisa não envolveu riscos de natureza física ou psicológica, nem acarretou implicações institucionais aos participantes. Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de permitir uma compreensão dos elementos que causam insatisfação e satisfação dos trabalhadores da ESF, logo contribuindo para melhoria do setor, com vistas a refletir em proposição de políticas públicas de saúde, melhorias para a saúde do trabalhador e também consequentemente uma assistência à saúde de maior qualidade.

Por fim, é importante ainda destacar que a presente pesquisa teve apoio financeiro da CAPES, por meio de auxílio de bolsa de doutorado, e do CNPq, para realização de estágio no exterior na modalidade sanduíche.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção estão apresentados os resultados da pesquisa e a discussão com suporte da teoria. Os resultados foram construídos no formato de três artigos científicos, conforme estabelece a instrução normativa número 10, de 15 de junho de 2011, do PEN/UFSC. A instrução prevê que um desses artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica.

Inclui, ainda, uma descrição dos resultados fruto da triangulação dos dados (estudo documental, observação e entrevistas) referente ao perfil dos participantes e ao contexto em que estão inseridos. Julgou-se pertinente a descrição mencionada para melhor articulação com os pressupostos teóricos do materialismo histórico dialético adotado nesta pesquisa e, também, para que o leitor tenha conhecimento detalhado dos achados que permeiam o objeto de estudo.

O quadro 1 sintetiza os artigos que serão apresentados.

Quadro 1 – Artigos científicos elaborados.

Artigo	Título e objetivo o manuscrito
1º	<p><b>Título:</b> Satisfação no trabalho na Estratégia Saúde da Família.</p> <p><b>Objetivo:</b> identificar e analisar aspectos do processo de trabalho geradores de satisfação nos profissionais que atuam na ESF.</p>
2º	<p><b>Título:</b> Insatisfação de profissionais na Estratégia Saúde da Família no Brasil.</p> <p><b>Objetivo:</b> identificar e analisar aspectos do processo de trabalho geradores de insatisfação nos profissionais que atuam na ESF no Brasil.</p>
3º	<p><b>Título:</b> O <i>software</i> Atlas.ti e a análise temática de conteúdo.</p> <p><b>Objetivo:</b> descrever as principais ferramentas do <i>software</i> Atlas.ti associando-as aos procedimentos da ACT e mostrando a sua contribuição para o rigor da análise de dados em pesquisa qualitativa.</p>

Fonte: dados da pesquisa.

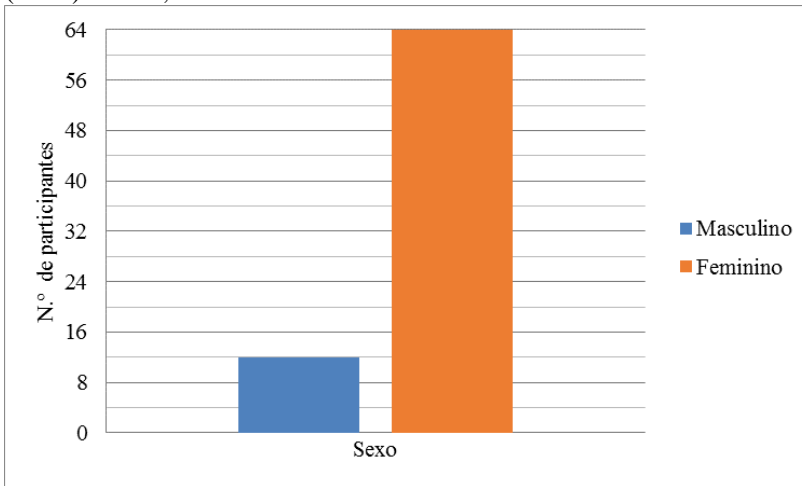


#### 4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O perfil dos setenta e seis [76] participantes foi construído posteriormente à transcrição das entrevistas, inserção no *software Atlas.ti* e criação de 44 *codes* segundo as seguintes variáveis qualitativas [nominais e ordinais]: gênero, faixa etária, formação escolar, profissão, regime de trabalho, tempo de experiência profissional, tempo de atuação na ESF, jornada de trabalho semanal e vínculo trabalhista. As variáveis serão apresentadas descritivamente e ilustradas em forma de gráficos [histogramas] (BASTOS; DUQUIA, 2006; HULLEY et al., 2008).

Quanto ao sexo, os participantes eram 12 [15,79%] homens e 64 [84,21%] mulheres, conforme descrito no gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o sexo (n=76). Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

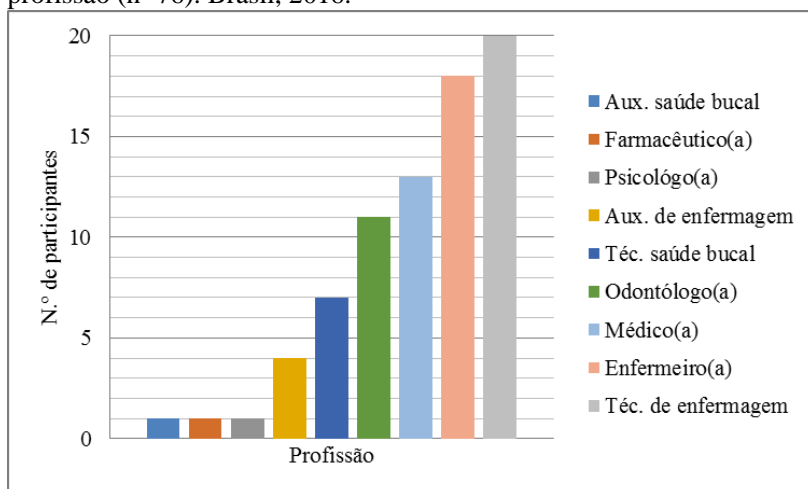
Esse resultado não representa uma novidade, uma vez que o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, em especial na saúde, vai ao encontro de inúmeros estudos (BRUSCHINI, 2007; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

O crescimento da participação das mulheres no mercado produtivo tem sido verificado em todo o mundo e em todos os setores da sociedade, e na saúde não é diferente. O processo de feminização pode ser visualizado também em profissões historicamente masculinas, notadamente entre os médicos e dentistas (WERMELINGER, 2010). O

predomínio feminino neste estudo justifica-se, ainda, pelo número considerável de participantes da enfermagem, uma profissão predominantemente feminina (BRUSCHINI, 2007; MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011).

Quanto ao enquadramento profissional, o gráfico 6 demonstra que 42 (55,26%) dos participantes pertencem à enfermagem [enfermeiros, técnicos e auxiliares], 19 [25,00%] pertencem à odontologia [odontólogos, técnicos e auxiliares em saúde bucal], 13 [17,11%] eram médicos (as) e 2 [2,63%] dividem-se entre psicólogo (a) e farmacêutico (a).

Gráfico 6 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a profissão (n=76). Brasil, 2016.



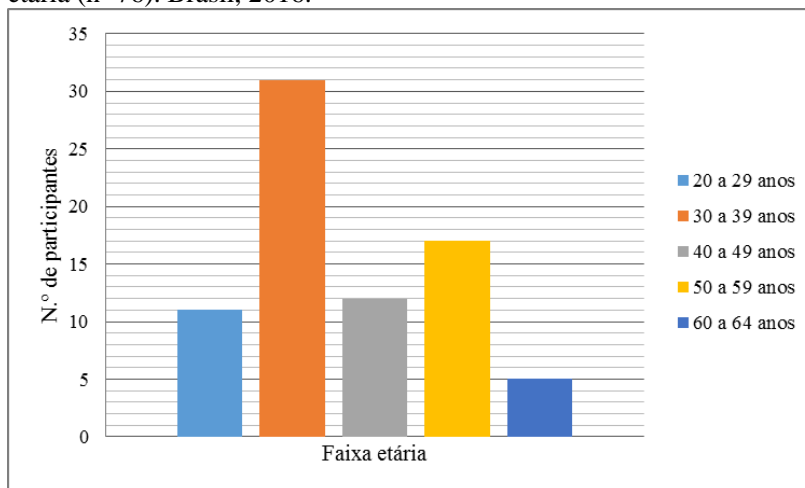
Fonte: dados da pesquisa.

A enfermagem é a principal força de trabalho da ESF, conforme prescrito na PNAB (BRASIL, 2012). O que também se verificou no total dos participantes da pesquisa que define a equipe mínima como composta por um médico, um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem, além de ACS. Além da importância quantitativa, a enfermagem possui uma importância presencial [assistência em hospitais 24 horas por dia e 365 dias por ano] e técnica na grande maioria dos serviços [públicos e privados], bem como no desenvolvimento das políticas de saúde (PIRES, 2009).

Quanto à faixa etária, o gráfico 7 ilustra que 11 [14,47%] participantes possuem entre 20 e 29 anos; 31 [40,79%] entre 30 e 39

anos, representando a maior concentração etária; 12 [15,79%] entre 40 e 49 anos; 17 [22,37%] têm entre 50 e 59 anos e 5 [6,58%] com 60 a 64 anos.

Gráfico 7 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a faixa etária (n=76). Brasil, 2016.

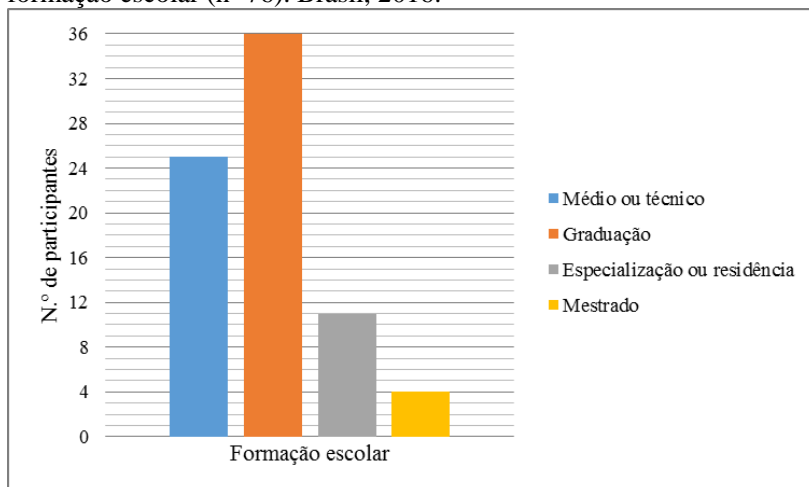


Fonte: dados da pesquisa.

O processo de envelhecimento da população bem como da força de trabalho é um fenômeno universal, e exigirá do mercado de trabalho mais investimento para atender as demandas desses profissionais e maior flexibilidade quanto à jornada de trabalho (DIEESE, 2009; IPEA, 2009). Muitas categorias profissionais já conquistaram reduções em suas jornadas e outras, como no caso da enfermagem, ainda continuam reivindicando tais melhorias.

Quanto à formação escolar, o gráfico 8 demonstra que 25 [32,89%] dos participantes possuem ensino médio ou técnico e 36 [47,37%] têm ensino superior. Destaca-se, em especial, a parcela de 11 [14,47%] com especialização ou residência e 4 [5,26%] com mestrado.

Gráfico 8 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a formação escolar (n=76). Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

Um aspecto a ser ressaltado sobre esse resultado é a atuação de dois participantes como técnicos, que, entretanto, possuíam duas especializações. Isso demonstra que diante das necessidades do mercado de trabalho a ausência de oportunidades obriga os trabalhadores muitas vezes a optarem por subenquadramento profissional.

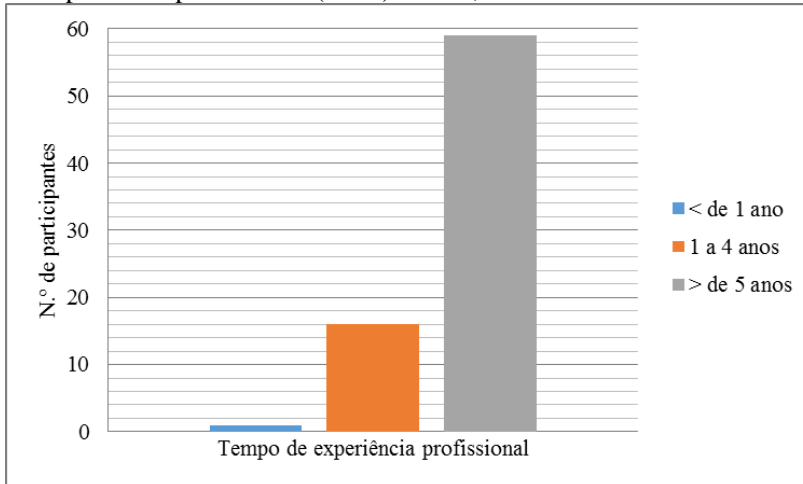
A elevação da escolaridade é outro fator positivo que ocorre no setor saúde nos últimos anos. O grau de escolaridade se elevou não só com a ampliação do quantitativo de profissionais de nível superior, mas como resultado de políticas de ampliação do acesso ao ensino universitário e também com outras novas profissões que têm se inserindo na equipe de saúde.

Atualmente o trabalho em saúde tem sido desenvolvido por equipes multiprofissionais e multidisciplinares, requerendo cada vez mais a incorporação de novas especialidades. A centralidade médica vigente no modelo tradicional de saúde deu lugar à lógica interdisciplinar da ESF, evocando profissões a atuarem em áreas que em anos anteriores eram não imagináveis (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

O tempo de experiência profissional dos participantes do estudo oscila entre 06 meses e mais de 35 anos, com atuações em hospitais, clínicas, como prestador de serviços autônomos [em alguns casos com duplo vínculo], e principalmente na ABS sob lógica tradicional de

assistência. O gráfico 9 demonstra que cerca de 59 [77,63%] participantes possuem mais de 5 anos de experiência profissional; 16 [21,05%] de 1 a 4 anos e 1 [1,32%] menos de 1 ano.

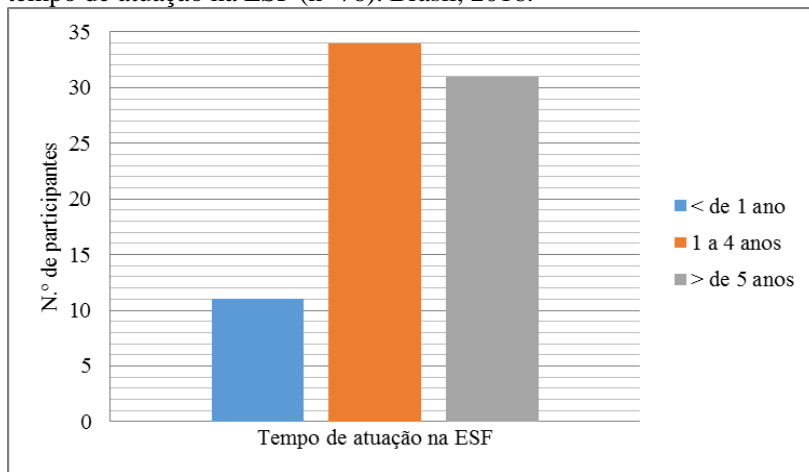
Gráfico 9 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o tempo de experiência profissional (n=76). Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

Já se tratando do tempo de experiência na ESF, o gráfico 10 na página a seguir ilustra que 11 [14,47%] participantes têm menos de 1 ano; 34 [44,74%] entre 1 e 4 anos e 31 [40,79%] com mais de cinco anos de atuação.

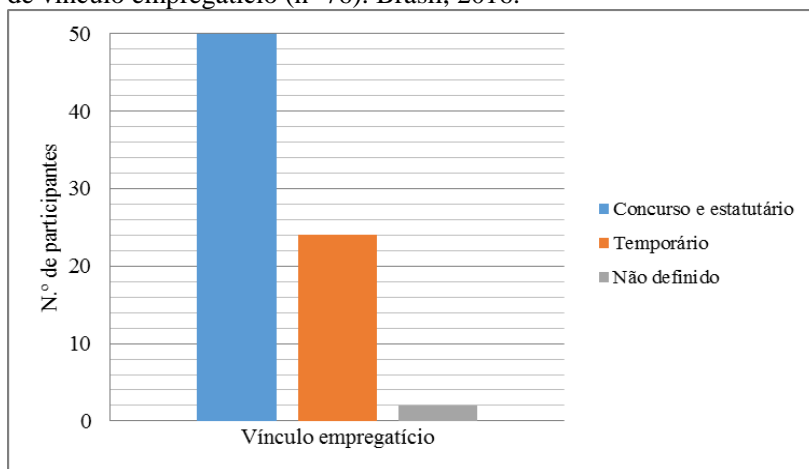
Gráfico 10 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o tempo de atuação na ESF (n=76). Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao tipo de contrato, o gráfico 11 demonstra que 50 [65,79%] participantes possuem concurso ou são estatutários; 24 [31,58%] são considerados temporários e 2,63% não souberam definir seu vínculo de trabalho.

Gráfico 11 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o tipo de vínculo empregatício (n=76). Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

A maioria dos participantes possui um regime trabalhista que garante proteção social [concurso e estatutário]. Ou seja, o regime corresponde ao vínculo padrão dos servidores públicos na administração direta e indireta, ou ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), próprio aos empregados públicos e aos empregados na economia privada (GIRARDI et al., 2010).

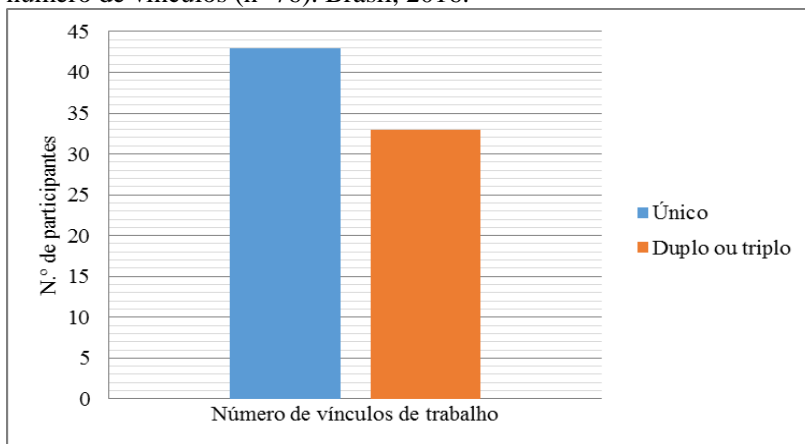
Esses dois tipos de regimes trabalhistas apresentam como características, além da cobertura legal, a existência de proteção social que inclui a plenitude dos direitos trabalhistas e previdenciários e a indeterminação temporal dos contratos, com regras de terminação dos contratos e vínculos estatutariamente definidos (GIRARDI et al., 2010).

É importante destacar que mesmo que a maioria dos participantes possuísse vínculo trabalhista protegido muitos demonstraram sua insatisfação pela não incorporação a sua aposentadoria do incentivo financeiro concedido pelo MS referente ao trabalho na ESF.

Não obstante, uma parcela significativa [31,58%] dos participantes possuía um contrato que se enquadra como desprotegido, nesse caso em especial com vínculos temporários, ou seja, regidos por legislação especial e em sua grande maioria vinculado a organizações sociais (GIRARDI et al., 2010). Os dados vão ao encontro de estudos que sustentam uma diminuição da prática de trabalho precário na contratação direta das ESF (GIRARDI et al., 2010; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

Os participantes em sua maioria trabalham apenas na ESF, com 43 [56,59%], logo não possuem outro tipo de vínculo trabalhista. Em contrapartida, 33 [43,42%] possuem dois ou mais vínculos de trabalho, conforme demonstra o gráfico 12.

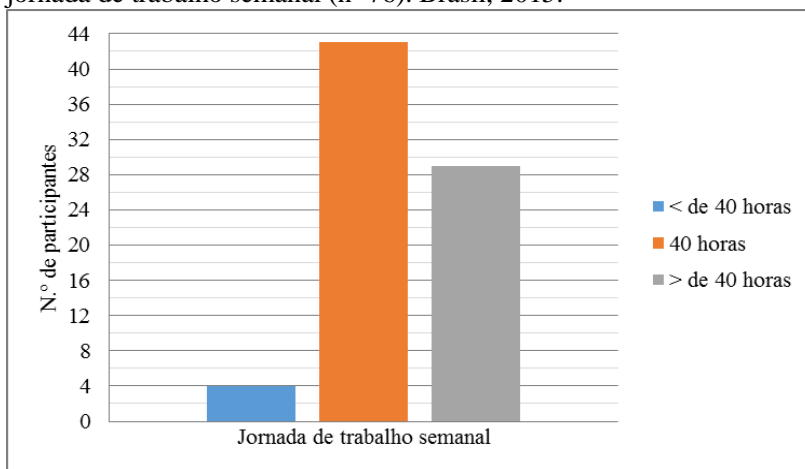
Gráfico 12 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o número de vínculos (n=76). Brasil, 2016.



Fonte: dados da pesquisa.

Esse dado reflete intrinsecamente na jornada de trabalho semanal. Conforme o gráfico 13, 43 [56,58%] dos participantes da pesquisa trabalham 40 horas semanais; 29 [38,16%] possuem jornada superior a 40 horas e somente 4 [5,26%] realizam menos de 40 horas de trabalho.

Gráfico 13 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a jornada de trabalho semanal (n=76). Brasil, 2015.



Fonte: dados da pesquisa.



A Constituição Brasileira de 1988 reforça que a jornada de trabalho máxima deve ser de 44 horas semanais e a PNAB determina que cada profissional pode ter carga horária máxima de 40 horas na ESF (BRASIL, 1988; 2012). Os dados expressam uma considerável quantidade de participantes com jornada superior ao preconizado pela legislação em decorrência de empregos variados, jornadas duplas ou triplas de trabalho, sendo que alguns participantes cumprem até 100 horas trabalhadas por semana.

Essa realidade que os trabalhadores da ESF apresentam pode resultar em prejuízo na assistência em saúde e nos aspectos da vida pessoal do trabalhador (SILVA et al., 2006; ROBAZZI et al., 2010; BATTAUS et al., 2011; PIRES et al., 2012a). A conciliação entre o tempo dedicado ao trabalho e à vida pessoal e familiar está intrinsecamente relacionada ao conceito de trabalho decente e satisfação, afetando a qualidade de vida do trabalhador e das pessoas que o circundam (DEJOURS, 2012; GUIMARÃES, 2012).

Por fim, os dados do perfil dos participantes da pesquisa centralizaram-se no sexo feminino; tendo como principal profissão a enfermagem; a faixa etária de 30 a 39 anos; a graduação como formação escolar; tempo de experiência profissional maior de cinco anos; tempo de experiência na ESF de um a quatro anos; o regime empregatício pautado no concurso e estatutário; com vínculo único e uma jornada de trabalho de 40 horas. A tabela 2 sintetiza o perfil dos participantes.

Tabela 2 – Distribuição socioprofissional dos participantes da pesquisa (n=76). (Continua). Brasil, 2016.

	<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>	feminino	64	84,2
	masculino	12	15,8
<b>Faixa etária [em anos]</b>	20 a 29	11	14,4
	30 a 39	31	40,8
	40 a 49	12	15,8
	50 a 59	17	22,4
	maior de 60	5	6,6
<b>Formação escolar</b>	médio ou técnico	25	32,9
	graduação	36	47,4

Tabela 2 – Distribuição socioprofissional dos participantes da pesquisa (n=76). (Conclusão). Brasil, 2016.

<b>Formação escolar</b>	especialização ou residência	11	14,5
	mestrado	4	5,2
<b>Profissão</b>	aux. saúde bucal	1	1,3
	aux. de enfermagem	4	5,3
	téc. saúde bucal	7	9,2
	téc. em enfermagem	20	26,3
	enfermeiro (a)	18	23,7
	médico (a)	13	17,1
	odontólogo (a)	11	14,5
	psicólogo (a)	1	1,3
	farmacêutico (a)	1	1,3
	<b>Experiência profissional</b>	menor de 1 ano	3
1 a 4 anos		14	18,4
maior de 5 anos		59	77,6
<b>Experiência na ESF</b>	menor de 1 ano	10	13,2
	1 a 4 anos	35	46
	maior de 5 anos	31	40,8
<b>Tipo de contrato</b>	concurso e estatutário	50	65,8
	temporário	24	31,6
	contrato não definido	2	2,6
<b>Jornada de trabalho</b>	menor de 40 horas	4	5,3
	40 horas	43	56,6
	maior de 40 horas	29	38,1
<b>Vínculo de trabalho</b>	único	43	56,6
	duplo ou triplo	33	43,4

Fonte: dados da pesquisa.

#### 4.2 CONTEXTOS DA PESQUISA

Nesta seção será detalhado o contexto dos locais onde os participantes atuavam. Para subsidiar esta construção descritiva das realidades, além dos instrumentos de coleta de dados foi realizado posteriormente contato com informantes-chave por meio de e-mails e

telefone, com vistas a fortalecer ainda mais a fidedignidade das informações.

Sendo assim, para ter certa padronização descritiva entre os diferentes locais pesquisados construiu-se um roteiro (APÊNDICE E), o qual procurou agregar, respeitando os limites de informações de cada região, dois pontos principais, a saber: contexto político, institucional, social e a situação geral da ABS no município e os aspectos referentes às ESF, destacando principalmente o processo de trabalho e a estrutura física das UBS. Pelos contextos possuírem características peculiares e que poderiam facilitar a identificação do leitor, algumas UBS e suas equipes foram descritas de maneira objetiva e genérica.

#### **4.2.1 Contexto da região Centro-oeste**

O local escolhido como representante da região Centro-oeste foi o Distrito Federal (DF), uma Unidade da Federação totalmente atípica, que guarda características da gestão estadual como também da municipal, embora compartilhe de problemas que afligem as demais regiões brasileiras.

O DF dispõe de uma população estimada de 2.648.532 habitantes, compreende um quadrilátero de 5.779,999 Km<sup>2</sup> e possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,824 (IBGE, 2010a). O território do DF foi dividido em 30 RA, estabelecidas por leis distritais, aprovadas e publicadas no período de 1964 a 2012 (DISTRITO FEDERAL, 2012).

As Regiões Administrativas (AR) representam o Governo do Distrito Federal (GDF) de forma descentralizada, ou seja, cada uma das regiões de saúde tem uma administração regional que promove a coordenação dos serviços com o interesse público local. Essa regionalização objetiva a execução das várias funções governamentais, como forma de melhor integrar e harmonizar as ações do GDF como um todo, inclusive as ofertas de serviços e ações de saúde.

Apesar da existência de desigualdade social, os indicadores socioeconômicos das RA se assemelham aos de países de primeiro mundo, enquadrando-as em uma situação bastante privilegiada em relação às outras Unidades Federativas Brasileiras, principalmente pela infraestrutura [acesso à saúde, educação e saneamento básico] oferecida aos cidadãos (DISTRITO FEDERAL, 2012).

As RA utilizadas nesse estudo são três: Riacho Fundo I, Riacho Fundo II e Recanto das Emas. A RA Riacho Fundo I tem uma população urbana estimada em 37.278 habitantes. Da população total do Riacho Fundo destaca-se elevado percentual daqueles que não estudam.

E, entre os que estudam, somente 18,29% frequentam a escola pública. No tocante à ocupação dos moradores de Riacho Fundo, observa-se que, entre os que têm idades acima de 10 anos, 53,63% ocupam atividades remuneradas, enquanto 10,26% estão aposentados. Os desempregados somam 4,48% dessa população (DISTRITO FEDERAL, 2012).

A renda domiciliar média é da ordem de R\$ 4.354,00, correspondente a 6,42 salários-mínimos, e a renda *per capita* é de R\$ 1.330,00. Quanto à aquisição de Plano de Saúde, 62,94% da população não conta com esse serviço. Dos que os têm, 28,89% são planos empresariais e 8,17% planos individuais, o que demonstra que a população do Riacho Fundo é 62,94% dependente do SUS. Quanto à utilização de hospital público e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 60,22% da população fazem uso desse serviço, já a ABS é utilizada por 23,98% das pessoas (DISTRITO FEDERAL, 2013).

A RA Riacho Fundo II originou-se de um parcelamento do Riacho Fundo e tornou-se RA em 2003, sua população urbana é composta de 38.936 habitantes, dos quais 23,3% têm até 14 anos de idade, 69,2% estão entre 15 e 59 anos e 7,5% têm mais de 60 anos de idade. As mulheres constituem 50,8% da população local. Registra uma taxa de crescimento populacional de 12,2%, cinco vezes maior do que o Distrito Federal, que foi de 2,3% no mesmo período (DISTRITO FEDERAL, 2013).

Nessa RA, 99,2% dos domicílios têm abastecimento de água e esgotamento sanitário pela rede, e serviço de limpeza urbana. Além disso, 98,8% dos domicílios contam com ruas asfaltadas e 98,8% dispõem de rede de água pluvial. Os estudantes representam 31,8% da população, a maioria matriculada em escolas públicas. A renda domiciliar média da população é de R\$ 2.212,00, e a *per capita* é de R\$ 639,00 (DISTRITO FEDERAL, 2013).

A RA do Recanto das Emas foi criada em 1993, com o objetivo de atender ao programa de assentamento do GDF, possuindo 133.527 habitantes. Cerca de 84,10% dos moradores não possuem planos de saúde; dos que têm, 12,40% são planos empresariais e 3,30% planos individuais, o que demonstra que a população do Recanto das Emas em sua grande maioria depende do SUS. Quanto ao hospital público, 76,4% da população declaram que fazem uso desse serviço. Em relação às UBS ao posto de saúde, 12,30% disseram não utilizar o serviço (DISTRITO FEDERAL, 2013).

No sistema de saúde do DF predominam um total de 298 estabelecimentos de saúde sob a administração direta da Secretaria de Estado de Saúde (SES) (BRASIL, 2014a). A rede assistencial é

composta por unidades ambulatoriais, hospitalares, de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integradas, proporcionam variabilidade de ações e serviços, e está estruturada da seguinte forma:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), sendo quatro adultos, um infanto-juvenil e quatro álcool drogas; 11 Centros de Especialidade Odontológica (CEO); nove equipes multidisciplinares de atenção domiciliar e duas equipes multidisciplinares de apoio; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com 30 unidades de suporte básico e sete unidades de suporte avançado.

As unidades hospitalares totalizam dezessete hospitais gerais, um hospital dia, um hospital especializado e quatro UPA. As unidades de apoio são: um central de radiologia; dois laboratórios regionais; um centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica; um laboratório central; cinco unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia; 17 unidades de vigilância em saúde; 12 clínicas especializadas e ambulatorios especializados; uma escola com formação superior, técnica e treinamentos; uma fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde; uma diretoria de saúde do trabalhador.

Por fim, completando toda a rede assistencial, o setor público gerencia mais seis NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), 50 postos de saúde que atuam na lógica do modelo tradicional de assistência em saúde, seis equipes de Saúde Bucal (eSB) e 61 eSF, atingindo uma população de 210.450 habitantes, o que totaliza uma cobertura pela SF de 7,95% (DISTRITO FEDERAL, 2012; MORAES, 2013; BRASIL, 2014ab).

O crescimento populacional sem a devida expansão da rede e o necessário aumento de complexidade dos serviços, bem como os problemas de continuidade nas administrações anteriores do GDF, geraram graves reflexos na qualidade dos serviços prestados. A população, mídia e profissionais responsabilizam a ineficiência da gestão e a processos internos de trabalho ancorados em fluxos e rotinas que impedem uma maior agilidade à administração. Esses problemas centralizam-se principalmente nas falhas de abastecimento, restrições de acesso ao atendimento em todos os níveis de complexidade, aumento das filas de cirurgias e descontinuidade das campanhas de vigilância à saúde (DISTRITO FEDERAL, 2012).

Mesmo com esses problemas, a rede de saúde do DF está bem estruturada. Apesar de ter uma cobertura da SF pequena, o *Plano Distrital de Saúde 2012-2015* inseriu como um objetivo o fortalecimento e a qualificação das unidades e das equipes de atenção primária à saúde, por meio da reestruturação das unidades existentes,

expansão de serviços e mudança na lógica de trabalho no setor, de modo que até o final de 2014 estava prevista a cobertura de 50% (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A construção de sistema de informação em saúde integrado também tem sido um desafio para a gestão, pois somente 35% das UBS possuem sistemas informatizados (DISTRITO FEDERAL, 2012).

A jornada de trabalho nas ESF predomina com 40 horas semanais, com exceção de alguns médicos que fazem 20 horas. A forma de contratação dos trabalhadores de saúde é estatutário, emprego público e por contrato por prazo determinado mediante processo seletivo. O GDF dispõe de um plano de cargos, carreiras e vencimentos dos trabalhadores de saúde, entretanto, há reivindicação dos trabalhadores para que seja revisado.

A avaliação e acompanhamento das ESF são realizados pela SES, algumas equipes aderiram ao Programa de Melhorias do Acesso e Qualidade (PMAQ) e utilizam a ferramenta de Avaliação para Melhoria da Qualidade para discussão do processo de trabalho e ou instrumentos próprios criados pela própria equipe de saúde, o que facilita o processo de monitoramento e avaliação por parte da SES.

Nessa região geográfica foram escolhidas para realização do estudo ESF de três RA [Riacho Fundo I, Riacho Fundo II e Recanto das Emas]. O nome Riacho Fundo originou-se da granja do mesmo nome, localizada à margem do Ribeirão Riacho Fundo, criada logo após a inauguração de Brasília, onde já havia uma vila residencial para os funcionários. A RA Recanto das Emas originou-se da associação entre um sítio arqueológico existente nas redondezas, designado como Recanto, e o arbusto canela-de-ema, muito comum naquela área (DISTRITO FEDERAL, 2013).

#### *4.2.1.1 Estratégia Saúde da Família Centro-oeste 1*

A UBS foi inaugurada há poucos anos, sua estrutura física está em boas condições, dentro dos padrões de acessibilidade, e com iluminação e ventilação adequada (APÊNDICE F). O processo de trabalho na ESF (APÊNDICE G) é gerado por duas eSF que cobrem uma população de aproximadamente 6.000 pessoas, e tem como unidade de apoio um NASF que atua como referência para ESF na região.

#### 4.2.1.2 *Estratégia Saúde da Família Centro-oeste 2*

A ESF possui uma estrutura física pequena para acomodar as equipes (APÊNDICE H) e seu processo de trabalho (APÊNDICE I) contempla a atuação de três eSF que são responsáveis pelo atendimento de 3.571 pessoas.

Na UBS não há realização de nenhum procedimento que necessite de material como pinças e tesouras, bem como não existe estrutura para pequenos procedimentos como curativos, suturas, retirada de pontos, nebulização, entre outros. Há uma sala sem condições mínimas, denominada sala de patologia, utilizada para coleta de material sanguíneo, a qual carece de pia e local apropriado para descarte de materiais perfurocortantes, os quais são realizados em uma lata metálica de leite em pó.

A ESF dispõe na sua composição de odontólogo e técnico em saúde bucal, mas a UBS onde a equipe atende não tem consultório odontológico. Os usuários que necessitam de atendimento de maior complexidade clínica são referenciados a outra unidade. As eSF e Equipes de Saúde Bucal (eSB) trabalham em conjunto na execução de ações de prevenção e educação em saúde. Os instrumentos para execução das atividades estão em moderado estado de conservação e há falta esporádica de material para trabalho (MORAES, 2013).

O fluxo de usuários é gerado por demanda espontânea e programada, assistida por 21 trabalhadores de saúde, mais um ginecologista que fornece suporte às equipes duas vezes por semana. A ESF não possui prontuários de família, e sim individualizados. Dispõem ainda de uma agenda de atividades contemplando reuniões de equipe e atividades educativas que ocorrem em espaços coletivos da própria comunidade. Os espaços para realização das atividades educativas e a mobilização dos usuários são articulados principalmente pelos ACS.

A ESF também apresenta deficiências estruturais e de manejo quanto a possíveis atendimentos de urgência, relacionadas a instrumentos em péssimas condições [aspirador] e à capacidade técnica dos profissionais em manipular outros instrumentos [torpedo de oxigênio].

Na RA a SES dispõe de um mecanismo de ouvidoria, materializado em uma caixa que fica na recepção da Unidade com vistas a recolher as opiniões dos usuários, referentes à assistência em saúde, contudo, é pouco utilizada pelos pacientes.

#### *4.2.1.3 Estratégia Saúde da Família Centro-oeste 3*

A UBS não é funcional no que diz respeito à acomodação das equipes e acolhimento dos usuários, entretanto, possui a maioria dos itens exigidos pelo MS (APÊNDICE J). Quanto às subdivisões internas a recepção da Unidade é pequena, com algumas cadeiras para acomodar os usuários, destacando-se ausência de alguns tipos de materiais e instrumentos necessários para a assistência em saúde.

O processo de trabalho em saúde da ESF Centro-oeste 3 (APÊNDICE K) era pautado pela lógica da SF, e acomodava uma equipe a qual fornece assistência em saúde para uma população de 3.900 pessoas, todavia, cadastradas na ESF estão 87% deste contingente (BRASIL, 2014ab).

A grande maioria dos atendimentos realizados na ESF é agendada, mas a demanda espontânea também é atendida. O foco assistencial centraliza-se prioritariamente nas consultas médicas; a atenção à saúde da mulher com orientações contraceptiva, acompanhamento pré-natal e pós-parto; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e nas realizações de procedimentos de enfermagem (MORAES, 2013).

A marcação de consultas médicas ocorre uma vez por semana de acordo com o número de vagas disponíveis para o período. E a responsabilidade pelo arquivamento dos prontuários fica aos cuidados dos ACS ou técnico de enfermagem, uma vez que a ESF não possui trabalhador administrativo para este fim. Antes da consulta médica acontece o acolhimento realizado por profissionais de enfermagem e ocorre somente em horários definidos pela manhã e à tarde. A estipulação de horários acontece também para outros procedimentos como: curativos, glicemia capilar, verificação de pressão arterial, nebulização, etc.

A UBS dispunha ainda de um quadro de aviso, alguns banners com orientações sobre agravos à saúde e também banners trazendo o número da ouvidoria do SUS, um cronograma das datas dos grupos de educação em saúde, escala de folgas e mapa com a definição da área de abrangência. A equipe segue uma escala de trabalho definida dividida por categoria profissional e somente para os profissionais de nível superior, a saber, dentista, médico e enfermeira.



#### 4.2.2 Contexto da região Nordeste

O município escolhido para realização da pesquisa na região Nordeste foi Natal, que é a capital do estado do Rio Grande do Norte (RN), fundada em 1599 às margens do Rio Potengi. Com uma área de 170,298 km<sup>2</sup> e população de 853.928 habitantes, tem uma boa infraestrutura básica, com quase 100% de seus domicílios atendidos pela rede elétrica e mais de 93% ligados ao abastecimento de água. Por outro lado, menos de 30% têm saneamento básico. Sua economia é baseada no turismo, sendo o estado do RN forte em petróleo, sal e produtos para exportação, como melão, coco, camarão, castanha, café, cana-de-açúcar (NATAL, 2014).

O setor saúde começa a ter mudanças neste município com o processo de distritalização ocorrido em 1987, em referência ao processo de regionalização municipal, resultado da assinatura de convênio de cooperação técnica com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Concomitantemente sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde Pública, objetivou-se reorientar a política institucional da SMS através de uma série de consultorias com foco em áreas específicas, a saber: organização e estruturação do Sistema Municipal de Saúde, modelo assistencial com ênfase na vigilância à saúde, sistema de informações em saúde e territorialização (NATAL, 2007).

No ano de 1996 foi criada a SMS de Natal com base nos princípios e diretrizes preconizados na RS. A SMS aderiu ao PSF em 1994, mas a ESF somente foi implantada no ano de 1998, com caráter programático à semelhança dos demais municípios do Brasil e com a denominação de PSF, por meio da implantação de quatro Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Oeste, escolhidas por critérios técnico-institucionais, epidemiológicos e socio sanitários (alto índice de mortalidade infantil; alta concentração de favelas e isolamento em relação a serviços sociais) (ROCHA, 2000).

A criação do PSF ocorreu com pouco comprometimento institucional, tendo como um dos fatores limitantes as sucessivas mudanças de Secretários Municipais de Saúde em curto intervalo de tempo, naquele período, provocando “[...] uma sistemática descontinuidade de ações” (ROCHA, 2000, p. 42).

No momento da implantação do PSF, Natal já contava com uma rede ambulatorial com equipes multiprofissionais, desta forma o processo de implantação foi realizado com um caráter competitivo, substitutivo e reductionista, deixando de fora aqueles profissionais que já estavam em UBS, mas não faziam parte da composição prevista pelo

PSF. A coexistência dos dois modelos em algumas Unidades, com profissionais percebendo distintos vencimentos e trabalhando em cargas horárias diferenciadas, parece ter produzido insatisfação e dificultado a operacionalização de ambos os modelos, além de reforçar a dicotomia entre o PSF e o modelo tradicional no âmbito da Atenção Básica (OLIVEIRA, 2013).

A cidade de Natal, entre os anos de 2008 e 2012, vivenciou situação político-governamental caracterizada como de extrema gravidade produzida pelo abandono das políticas públicas pelo poder público. Um dos setores mais atingidos foi o sistema de saúde, sobretudo, pelo sucateamento da rede de APS.

A situação pode ser identificada em registros da mídia televisiva, impressa e veiculada na internet, de denúncia da grave crise na saúde e nas demais políticas públicas municipais, com descaso, adoção de privatização do público, corrupção, o que culminou com intervenção do Ministério Público e decisão do Poder Judiciário de afastamento de cargo da representante do Executivo (ARAUJO, 2012).

O quadro da situação da cidade nesse período era de descuido do funcionamento dos equipamentos públicos, acúmulo de lixo nas ruas, interrupção do ano letivo na Rede de Ensino Municipal e aumento da precariedade das condições de funcionamento das UBS (SÁ, 2012).

As ESF não possuem sistema informatizado (encontra-se em implantação) e as evoluções clínicas dos usuários são realizadas em prontuário de papel. Quanto à jornada de trabalho dos profissionais das ESF, totalizavam 40 horas semanais, entretanto, na prática percebe-se certa flexibilidade para o cumprimento dos horários, de modo que muitos profissionais trabalham cerca de 35 horas, entre 07 e 12 horas, e das 13 às 17 horas.

O município possui plano de cargos, carreiras e vencimentos dos profissionais de saúde regulamentado mediante lei (NATAL, 2010). A forma de contratação dos profissionais de saúde se dá prioritariamente por concurso público, sendo que pós-concurso há um processo seletivo interno para se vincular ao trabalho na ESF. Ou seja, para que o profissional participe do processo seletivo para ingresso na ESF ele precisa ter um vínculo empregatício através de concurso público em qualquer esfera de governo [federal, estadual, municipal ou outros].

Essa postura trabalhista tem gerado uma grande insatisfação por parte dos trabalhadores, uma vez que as gratificações provenientes das funções relacionadas ao exercício profissional na SF não são incorporadas e/ou contabilizadas para a aposentadoria.

A avaliação e acompanhamento das ESF são realizados anualmente com base nos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do PMAQ, os quais estão sendo sistematizados em todas as Unidades de Saúde, todavia, algumas realizam individualmente um acompanhamento e avaliação das ações realizadas concomitantemente com a SMS.

A partir do processo de distritalização iniciado no final da década de 80 e com o início do funcionamento das ESF em 1998, mesmo diante de situações de falta de gerenciamento, o município de Natal melhorou significativamente seus condicionantes de morbimortalidade e atualmente dispõe de 55 Unidades de Saúde que estão subdivididas em cinco distritos sanitários (Norte I, Norte II, Leste, Oeste e Sul).

Os distritos sanitários encontram-se assim divididos: Norte I possui 11 unidades, sendo todas ESF; Norte II conta com 11 unidades, sendo 02 Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e 7 ESF; Oeste possui 15 unidades, destas 02 são consideradas mistas [das Quintas e Cidade Esperança], com oferta de serviços especializados, e 13 ESF; a região leste possui 10 unidades, sendo 1 unidade mista [Mãe Luzia], 5 UBT e 4 ESF; a região sul possui 8 unidades, sendo 7 UBT e 1 ESF. A figura 5 na página a seguir ilustra os referidos distritos sanitários.

Figura 5 – Distribuição dos distritos sanitários do município de Natal/RN.



Fonte: Brasil (2014a).

Ainda deve ser considerada no contexto público da saúde municipal e que integram a rede de serviços em saúde o (a), os (as) NASF, CAPS, policlínicas, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), referências odontológicas, maternidades, laboratórios, bem como todos os outros diversos serviços ofertados pela saúde suplementar.

O total de ESF no município são 36 Unidades de Saúde que possuem de uma a no máximo seis equipes dependendo da estrutura física, gerando uma cobertura populacional de 45,15% (BRASIL, 2014a).

Nesta região geográfica levando em conta os critérios de participação deste estudo foram escolhidas três ESF localizadas em dois distritos sanitários, a saber, Distrito Sanitário Oeste e Distrito Sanitário Leste. Todas as ESF que foram utilizadas como locais para o estudo possuem também o administrador local [em sua grande maioria não é um profissional de saúde], que tem como objetivo representar a Unidade junto ao Distrito Sanitário e SMS.

#### *4.2.2.1 Estratégia Saúde da Família Nordeste 1*

A ESF Nordeste 1 está localizada em um bairro periférico de Natal, possui um dos piores condicionantes sociais, econômicos e ambientais do município, além de ser constantemente noticiado pela mídia local por atos criminosos. O bairro possui grande extensão territorial e alta densidade demográfica, conta com uma população de aproximadamente 51 mil pessoas com uma renda *per capita* domiciliar entre menos de meio a um salário mínimo (NATAL, 2012).

Dentre as organizações e equipamentos sociais existentes no bairro encontram-se clube de mães, escolas de 1º e 2º graus, unidades de saúde pública, igrejas católicas, evangélicas, centros espíritas, creches, feiras públicas, fundação filantrópica, uma empresa de transportes urbanos.

A ESF Nordeste 1 foi fundada em meados da década de 70 mediante convênios com a Secretaria Municipal e de Estado da Saúde, e também com a Fundação Interamericana Jan Van Orman.

A UBS está localizada próxima a uma Escola Municipal, é cercada por um muro, em frente a sua calçada drena frequentemente água proveniente das residências vizinhas. O acesso não respeita os padrões legais de acessibilidade, pois há inserção de paralelepípedos na calçada em frente à Unidade de Saúde.

A estrutura física possui aproximadamente 250 m<sup>2</sup> e se encontra em moderado estado de conservação, local pouco arejado, com baixa luminosidade natural e artificial e pouca ventilação, o que ocasiona em algumas salas princípio de formação de leveduras [mofo]. Quanto às subdivisões internas da UBS, estas não possuíam identificação segundo padrões visuais do SUS e da Atenção Básica pactuados nacionalmente,

mas a maioria das salas possui identificação do local feita de papel e em mau estado de conservação.

Apesar de ser uma unidade relativamente grande, deve-se levar em conta que no mesmo espaço atuavam seis equipes de SF. Neste sentido, mesmo possuindo maioria das exigências estruturais exigidas pelo MS, ela não respeita integralmente os padrões estruturais mínimos preconizados pelo Manual de Infraestrutura do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2008) e pela PNAB (BRASIL, 2012), levando em conta o quantitativo de equipes que atuam em um mesmo local.

No tocante aos aspectos estruturais dessa ESF (APÊNDICE L) destacam-se a ausência de recursos essenciais para a realização da assistência em saúde, podendo citar: uma sala de reuniões, a falta de uma Central de Material e Esterilização (CME), os quais são esterilizados em outro local.

O consultório odontológico possui apenas duas salas, uma sala com uma cadeira e outra sala com duas cadeiras. Isso primeiramente viola o direito à privacidade do sujeito, por seguinte, impede que ações assistenciais curativas e reparadoras ocorram simultaneamente nas seis equipes. Desta forma, há a necessidade de revezamento do consultório, ou seja, enquanto três equipes estavam atendendo *in loco*, três estavam realizando atividades de educação em saúde bucal nos espaços sociais existentes na comunidade, e vice-versa.

Essa situação de revezamento de consultórios não acontece somente com a equipe de saúde bucal, mas também com médicos e enfermeiros, que também revezam entre as equipes realizando ações assistenciais dentro e fora da Unidade de Saúde para que possam utilizar o consultório.

As condições físicas para recepção dos usuários e profissionais são ruins. Não possuem inserção de pisos em toda sua área, os assentos para os usuários são de tijolos revestidos com azulejos, os profissionais utilizavam cadeiras de ferro que não obedeciam aos padrões ergonômicos aceitáveis. A maioria dos consultórios possuía ar-condicionado, entretanto, nas áreas de circulação dentro da Unidade de Saúde não existia climatização, nem ventilador, o que gerava um desconforto físico às pessoas que aguardavam para serem atendidas.

Quanto aos instrumentos essenciais para prática da assistência, alguns eram insuficientes para atender a demanda das seis equipes, a saber: um sonar doppler, três otoscópios e três conjuntos de maca e foco para realização de exames colpocitológicos, e três esfignomanômetros que são de péssima qualidade.

O processo de trabalho em saúde da ESF Nordeste 01 (APÊNDICE M) estava pautado nas premissas da SF preconizada pela PNAB (BRASIL, 2012), mas havia dificuldades para garantia efetiva dos preceitos da integralidade, seja nas questões assistenciais ou nos níveis de atenção.

Na prática do trabalho predominavam ações setoriais programáticas divididas por algumas áreas de atenção e com ênfase em ações curativas, em decorrência da demanda espontânea. Alguns profissionais atuavam de forma departamentalizada, ou seja, um somente realizava vacinas, outro somente verificava os sinais vitais, todavia, a grande maioria dos profissionais procurava agir em uma ótica de assistência multiprofissional oportunizando e/ou tentando oportunizar uma assistência integral.

As seis equipes totalizavam cerca de 61 trabalhadores, com carência de dois ACS que estavam em fase de contratação, e de um técnico de enfermagem que pegou férias recentemente, mas a gestão estava verificando outros profissionais que poderiam cobrir o período de afastamento. A maioria dos profissionais entendia que havia a necessidade de implantação de mais uma eSF, com vistas a reduzir o número de famílias acompanhadas e diminuir a carga de trabalho.

Os usuários procuravam a UBS por vários motivos, para realização de ações curativas, mas também para ações de promoção e prevenção em saúde. Entretanto, os principais motivos de procura eram pela consulta médica, todavia, não se pode afirmar que o processo de trabalho é médico centrado, pois havia um fluxo considerável de pessoas, mesmo após a realização de todas as consultas médicas, com atuações contínuas dos diversos profissionais que integravam a equipe.

As equipes disponibilizavam de uma agenda padronizada dividida em dez períodos na semana. Os trabalhadores ficavam na UBS para almoçar ou almoçavam em locais do bairro. As ações de saúde se dividiam em quatro períodos destinados a consultas médicas, sendo que um desses era voltado exclusivamente para acompanhamento pré-natal; quatro períodos para ações educativas, um período destinado a visitas domiciliares e um período para reunião com a equipe.

O território de atuação estava definido e o contingente populacional totalizava aproximadamente 23 mil pessoas, tendo cerca de 4 mil pessoas por equipe. A Unidade recebia ainda população de outras áreas, gerando um aumento das demandas de trabalho, todavia, os profissionais não deixam de assistir a população não contemplada no cadastramento da equipe.

A escuta feita pelos profissionais aos usuários acontecia na recepção, nos corredores ou em consultórios caso estivesse disponível e dependendo do teor das informações, logo não existia um espaço específico para escuta qualificada.

A atenção integral ao usuário era prejudicada pela demora nos retornos de atendimentos especializados, carência de alguns medicamentos, falta de insumos como gases esterilizadas e alguns instrumentos de trabalho insuficientes.

A gerência procurava demonstrar uma síntese anual das ações realizadas, por meio da fixação de dados informativos em mural contemplando principalmente três grandes áreas de atenção, as quais também eram contempladas nas ações de educação em saúde.

A saúde da criança englobava dados de aleitamento materno exclusivo e misto em crianças menores seis meses e a evolução trimestral do número de nascidos vivos.

A saúde da mulher apresentava a evolução dos percentuais de gestantes acompanhadas, de gestantes adolescentes, de gestantes com vacinação em dia e de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre. Constava ainda de planilhas com resultados do exame colpocitológico que denotavam as principais patologias ginecológicas da área de abrangência.

Nessas duas áreas de atenção evidenciou-se uma atuação contínua e organizada com objetivo de garantir a atenção integral, que se materializava por meio de ações que visavam a um sincronismo clínico, interligando o planejamento familiar, pré-natal, encaminhamento para o parto (uma vez que a maternidade fica localizada no outro lado da rua) e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

E por fim, a saúde do adulto contemplava a evolução do número de pessoas cadastradas com diabetes, hipertensão arterial, tuberculose, hanseníase e o percentual de acompanhamento pelas equipes da ESF. Encontravam-se ainda planilhas com tipos de atendimentos realizados pela ESF, relacionando a quantidade e o mês.

É importante ressaltar que todas as informações disponibilizadas pela gestão eram referentes ao ano de 2010, ou seja, estavam desatualizadas.

#### *4.2.2.2 Estratégia Saúde da Família Nordeste 2*

A ESF Nordeste 2 foi fundada em meados dos anos 90, e tem sido local para realização de muitos projetos, como cenário de práticas de ensino, pesquisa e extensão junto às universidades, principalmente



para os cursos da área da saúde, e parceria com Organização Não Governamental (ONG) e Organizações Comunitárias.

A UBS localiza-se em uma região do bairro de maior circulação de pessoas que a ESF Nordeste 1, fruto de pontos comerciais ao seu redor e de uma feira que acontece semanalmente, gerando mau cheiro dentro da ESF e nas residências ao redor. O acesso respeita os padrões legais de acessibilidade, com rampas devidamente inclinadas, corrimãos e guarda-corpo. Contém duas portas de entrada, uma para usuários e outra para trabalhadores.

A estrutura da UBS (APÊNDICE N) tem aproximadamente 300 metros quadrados, incluídos seus anexos (sala de reuniões e consultório odontológico). A conservação da estrutura encontrava-se em estado moderado de conservação, com pintura interna mantida, pisos conforme orientação do MS e com considerável ventilação. Todavia, existia pouca iluminação natural, locais com formação de leveduras, inúmeros formigueiros ao seu redor e presença de lagartixas gigantes que invadiam a ESF em busca de alimentos.

Na parte interna da estrutura existiam 23 subdivisões, sendo que a maioria não tem placa de identificação das salas, nem climatização [ventilador ou ar-condicionado] para os usuários. Existe apenas ar-condicionado no consultório odontológico, na sala da gerência e vacina.

O consultório odontológico estava interdito pela vigilância sanitária, pois não possuía equipamentos em condições para assistência em saúde, a saber, cadeiras odontológicas quebradas e ausência de compressor, entretanto, os profissionais continuavam trabalhando em ações preventivas.

A UBS possuía ainda uma sala para esterilização de material, porém não tinha autoclave, logo, o processo de esterilização era realizado em outro local. Quanto aos demais instrumentos e equipamentos essenciais para prática da assistência, alguns estavam em péssimas condições, como armários [sendo calçados por pedras], cadeiras de ferro [enferrujadas] sem respeito aos padrões ergonômicos e apenas dois sonar doppler para quatro equipes.

A ESF Nordeste 2 tinha seu processo de trabalho (APÊNDICE O) pautado na atuação de quatro equipes completas, divididas por cores, azul, vermelho, verde e preta, totalizando 51 profissionais, para assistir uma área com cerca de 15.500 pessoas cadastradas, sem contar a área que agrega outras pessoas provenientes de áreas residenciais invadidas. Essa demanda excessiva resulta numa sobrecarga de trabalho, tendo em vista a demanda superior ao preconizado pela PNAB para cada equipe.

Na recepção existia um mapa da área de abrangência, um layout da estrutura interna confeccionado a mão, uma planilha detalhada dos serviços oferecidos pela ESF e uma agenda das ações realizadas na semana. É importante ressaltar que essa agenda contemplava apenas os profissionais de nível superior, médicos, dentistas e enfermeiros, desconsiderando os outros profissionais que integram a equipe multiprofissional.

A agenda era dividida em atividade educativa preventiva realizada quinzenalmente, visita domiciliar ou trabalho em grupo, assistência à criança através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, acompanhamento pré-natal, realização de exame colpocitológico, encontro com hipertensos e diabéticos, reunião da equipe e consultas médicas.

A atenção integral ao usuário ficava prejudicada principalmente por elementos que envolviam a gestão, seja na agilidade de retornos de encaminhamento especializado, seja por carência de suporte estrutural.

A ESF contava com diversas ações de educação em saúde que procuravam agregar ações rotineiras comuns a todas unidades de SF do Brasil, mas também procuravam fomentar ações inter-setoriais com foco na qualidade de vida da população adscrita, levando em conta as peculiaridades locais. As principais atividades coletivas de educação em saúde realizadas eram:

- a) o grupo para viver melhor, com reuniões toda segunda-feira à tarde, destinado às pessoas de qualquer idade, mas predominavam mulheres acima dos 60 anos;
- b) o grupo de teatro, formado por ACS e moradores do bairro, foi criado em 1994, imediatamente à implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e tem o objetivo de levar através do teatro de rua informações sobre saúde-doença à população;
- c) o grupo de caminhada semanal, com atividades de alongamento, relaxamento, atividades para desenvolvimento de agilidade e percepção de espaço, atividades de passeio e recreação;
- d) o grupo terapia e arte, com reuniões semanais, tinha por objetivo possibilitar a troca de saberes acerca de trabalhos manuais, bem como produzir e vender os materiais confeccionados pelos participantes;
- e) curso de pré-natal destinado às gestantes e a seus companheiros com o propósito de prepará-los para a gestação, parto e pós-parto;

- f) reunião de hipertensos e diabéticos com o propósito de acompanhar coletivamente as pessoas acometidas por doenças crônicas;
- g) o grupo de crescimento e desenvolvimento, voltado para atenção às crianças de 0 a 2 anos na qual o diálogo era o instrumento principal, oportunizando vez e voz aos usuários cuidadores;
- h) o grupo para crianças que consiste em atividades voltadas para crianças de 2 a 5 anos. A demanda é organizada a partir da participação da criança no grupo de crescimento e desenvolvimento e através da demanda espontânea.

#### *4.2.2.3 Estratégia Saúde da Família Nordeste 3*

A terceira ESF desta região geográfica contemplada no estudo estava localizada na zona Leste da cidade, em um bairro criado oficialmente em 1911, e que ao longo do último século sofreu um notório processo de expansão urbana (NATAL, 2014). A ESF Nordeste 3 foi inaugurada no início do ano 2000 e a estrutura da UBS apresentava-se em moderado estado de conservação (APÊNDICE P).

A UBS não possuía muro, bem como a acessibilidade para portadores de deficiência motora não era respeitada, desde o acesso à Unidade até a ausência de banheiros, conforme preconizado pela legislação.

As subdivisões internas, apesar de não respeitarem integralmente os padrões estruturais exigidos pelo MS, apresentavam-se em boas condições de conservação, com paredes devidamente pintadas, pisos e forração segundo os padrões sanitários e identificação personalizada feita pela própria equipe.

A iluminação e ventilação natural eram deficientes, uma vez que não possui janelas. Entretanto, com exceção da recepção todas as salas possuíam ar-condicionado. As mobílias estavam em boas condições de uso e os instrumentos e materiais de trabalho eram suficientes para realização da assistência em saúde.

Há alguns anos a situação estrutural desta ESF resultou em uma interdição por parte dos órgãos de fiscalização sanitária municipal e estadual, tendo em vista as inúmeras infiltrações, formação de leveduras, diversas goteiras e principalmente por existência de um surto de urticária nos profissionais de saúde. Isso fez com que a ESF perdesse todo o seu histórico da população, uma vez que a determinação dos

órgãos sanitários foi a incineração de todos os materiais não laváveis [fichas de cadastros, prontuários, etc.].

O processo de trabalho da ESF Nordeste 3 (APÊNDICE Q) contemplava a relação assistencial em um mesmo ambiente de duas equipes, cada equipe com cinco microáreas, as quais atuavam de forma integrada, cobrindo um contingente populacional de aproximadamente 7.000 pessoas. Em decorrência da incineração de todos os documentos, o processo de recadastramento das famílias pertencentes à ESF ainda continua e tem o auxílio de todos os profissionais.

Apesar de ter duas equipes utilizando a mesma estrutura, com profissionais e território definidos de atuação, as equipes atuavam em sincronismo, co-responsabilizando-se pela demanda independente de qual fosse a equipe.

No espaço externo possuíam alguns cartazes referentes aos horários de funcionamento e de retirada de fichas da UBS, o que indica fragilidade no acesso, obrigando os usuários que precisam a ir em outro horário para agendar uma consulta. Na sala de recepção dos usuários estava disposto um mapa da área geográfica de cobertura, construído pela equipe; cartazes orientando sobre os cuidados com a gripe; uma planilha de escala para realização de curativos, o que indica certa departamentalização por função no processo de trabalho, e uma planilha de responsabilização voltada para o ACS sobre o recadastramento do bolsa família.

O monitoramento e avaliação das equipes acontecem por meio de reuniões realizadas semanalmente. A primeira reunião consiste na apresentação e discussão dos dados de produção SIAB e demais produções da Unidade de Saúde; a segunda e a quarta reunião têm por objetivo discutir os problemas clínicos que permeiam a área de cobertura de cada equipe, é uma reunião individual, ou seja, somente com os membros de cada equipe; já na terceira reunião são levantadas demandas de ordem gerencial e administrativa, as quais muitas não estão sobre a governabilidade da equipe.

Os profissionais possuem qualificações diversas, sendo que uma das enfermeiras é mestre em Saúde Coletiva com foco de atuação em feridas. Nesse sentido, a ESF tornou-se uma referência para este tipo de tratamento, resultando muitas vezes em visitas de pessoas de outras áreas de abrangência para realização de acompanhamento clínico.

### 4.2.3 Contexto da região Norte

O município escolhido como representante da Região Norte foi Belém, capital do estado do Pará. A cidade foi fundada em 12 de janeiro de 1616, por Francisco Caldeira Castelo Branco, e é uma das cidades mais populosas do Estado, com uma população estimada de aproximadamente 1.410.430 habitantes, para uma área territorial de 1.059,406 km<sup>2</sup> e um IDH de 0,746 (IBGE, 2010b; BRASIL, 2014a).

A abertura dos rios Amazonas, Tocantins, Tapajós, Madeira e Negro para a navegação de navios mercantes de todas as nações, no século XIX, após o período colonial, contribuíram para o desenvolvimento da capital paraense. No início do século XX, ocorreu grande avanço na cidade, porém a crise do ciclo da borracha e a I guerra mundial influenciaram a queda desse processo de desenvolvimento (IBGE, 2010b).

A economia de Belém baseia-se primordialmente nas atividades do comércio, serviços e turismo, embora seja também desenvolvida a atividade industrial, com grande número de indústrias alimentícias, navais, metalúrgicas, pesqueiras, químicas e madeireiras.

A cidade dispõe de diversos serviços que compreendem a rede de assistência em saúde, totalizando 1.831 estabelecimentos [públicos e privados], dos quais 118 são gerenciados pela SMS de Belém (BRASIL, 2014b).

O setor público de saúde tem um histórico recente de sucateamento dos serviços, a saber: péssimas condições de trabalho nos hospitais e demais UBS; baixos salários; falta de material para o desenvolvimento das atividades assistenciais; equipamentos precários; insuficiência na quantidade de profissionais; ausência de plano de cargos, carreiras e remunerações e situações de assédio moral, etc. Esses problemas têm sua origem na incapacidade de gestão, atrelada à corrupção, o que gerou o enquadramento de muitas ações judiciais contra o sistema municipal de saúde e, conseqüentemente, a rotatividade de secretários (MONTEIRO, 2012; G1, 2013).

Apesar de todos esses agravantes evidenciados pelas mídias locais e nacional, no sistema público gerenciado pela SMS destacam-se os estabelecimentos para atendimentos de urgência e emergência, de média e alta complexidade do SAMU, que logisticamente encaminha para hospitais municipais que são referência clínica e cirúrgica da maioria das especialidades.

Ainda referente à atenção secundária e terciária, Belém dispõe de uma UPA em Icoaraci e do Hospital Geral de Mosqueiro, que realiza

vacinação e também atende nas seguintes especialidades: traumatologia, cirurgia Geral, ginecologia, obstetrícia, bem como oferta serviços de radiologia, ultrassom e raio-x (BELÉM, 2014).

O município conta ainda com serviços especializados (BELÉM, 2014) que fornecem o suporte para toda a rede assistencial principalmente para ABS, a saber:

O *Centro de Testagem e Aconselhamento* faz parte do programa municipal de doenças sexualmente transmissíveis, Aids e hepatites virais. O seu objetivo é o de promover a prevenção, o diagnóstico e dar a assistência inicial à pessoa, parentes e amigos que vivem com o HIV e ou hepatites.

A *Casa Dia* atende os portadores do vírus HIV que são tratados dentro da rede municipal de saúde, depois que o Centro de Testagem detecta se o paciente é portador ou não do vírus. Quando o resultado é positivo, o portador de HIV é matriculado automaticamente na casa. Ele recebe os medicamentos necessários para controlar a doença e acompanhamento médico e psicológico.

O *Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas Job Veloso* fornece assistência especializada na área de odontologia pediátrica e para pacientes com necessidades especiais nas seguintes áreas: buco maxilo-facial, periodontia, endodontia, odontopediatria, ortodontia preventiva e interceptativa e radiologia.

A *Casa Mental do Adulto* atende portadores de transtornos mentais, com sofrimento psíquico severo e persistente, e depressão a partir de 18 anos. Os pacientes podem se dirigir diretamente à casa ou ser encaminhados por alguma UBS.

O *Centro Psicossocial da Criança e do Adolescente* é um serviço especializado em saúde mental, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico, na faixa etária de 05 a 17 anos de idade.

A *Casa da Mulher* recebe das UBS mulheres que apresentam gravidez de risco e problemas uterinos, incluindo o câncer. As mulheres na menopausa, que apresentem algum tipo de variação no colo do útero, e as mulheres que sofrem algum tipo de violência sexual também são atendidas pela Casa da Mulher.

A *Casa Álcool/Drogas* atende exclusivamente dependentes químicos que adquiriram transtornos mentais pelo uso de álcool e drogas. O tratamento é multiprofissional por meio de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico clínico geral, psiquiatria, nutricionista e equipe de enfermagem, e não é apenas voltado para o paciente, mas também para sua família.

A *Casa do Idoso* atende pessoas acima de 60 anos encaminhados por UBS do município, ofertando os serviços de clínica médica, geriatria, dermatologia, cardiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, reumatologia, enfermagem e homeopatia.

A *Casa Recrear I* é um polo de atenção à criança e ao adolescente portador de necessidades especiais, atendendo 187 crianças de zero a 12 anos.

A *Casa Mental Mosqueiro* oferece atendimento à população da área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A Casa atende aproximadamente 200 usuários, entre consultas médicas, atendimentos individuais e em grupos. O atendimento individual é feito através da prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação.

O *Departamento de Vigilância em Saúde* coordena as campanhas de imunização, desenvolve ações focadas na prevenção, monitoramento e combate de doenças como dengue, malária, meningite, esquistossomose, leishmaniose e doença de chagas. Esse departamento também coordena os serviços ofertados pelo Centro de Controle de Zoonoses, que trabalha no combate e prevenção de qualquer doença passível de ser transmitida por animais ao homem, como a leptospirose e a raiva.

E por fim, o *Departamento de Vigilância Sanitária* é responsável por fiscalizar a qualidade dos alimentos oferecidos ao consumidor do município, vistoriar as condições higiênico-sanitárias, de atuação profissional e dos serviços oferecidos por empresas, hotéis, restaurantes e bares.

A ABS do município se estrutura em seis coordenações gerenciais: Coordenação de Saúde de Mosqueiro; Coordenação de Saúde da Sacramento; Coordenação de Saúde do Benguí; Coordenação de Saúde do Guamá; Coordenação de Saúde do Entroncamento; Coordenação de Saúde de Icoaraci e Outeiro. Essas coordenações agregam de três a seis Unidades de Saúde cada, totalizando cerca de 30 Unidades que atuam na ótica do modelo tradicional de assistência em saúde, e sendo responsáveis por atendimentos de urgência e consultas ambulatoriais previamente agendados.

Como parte integrante da ABS existem ainda mais 92 ESF [chamadas Casas da Família], seis eSB e um NASF. Apesar de ter uma considerável ascensão do número de ESF a partir dos anos 2000, a

cobertura da SF contempla apenas uma população de 317.347 pessoas, o que totaliza 22,50% da população geral.

O histórico do setor saúde de Belém evidencia de um lado o descompromisso por parte da gestão com o SUS, e de outro mais recente um compromisso com o incentivo à construção das ESF. Percebe-se ainda uma predominância dos serviços privados, esta iniciada na década de 90, bem como um esforço governamental focado no atendimento hospitalar, especializado e nas UBS no modelo tradicional de assistência em saúde. Neste sentido, pode-se afirmar que a ABS está em um período de transição assistencial, tendo em vista o crescimento substancial das ESF nos últimos anos.

As ESF em sua grande maioria não possuem sistema informatizado e as evoluções clínicas dos usuários são realizadas em prontuário de papel. A jornada de trabalho dos profissionais das ESF totaliza 40 horas semanais. Entretanto, há uma flexibilização da jornada de trabalho para alguns profissionais, dependendo do local de trabalho, tendo em vista a dificuldade de acesso e as condições de segurança que permeiam alguns bairros.

A forma de contratação dos profissionais de saúde se dá prioritariamente por contrato por prazo determinado mediante processo seletivo. Não existe ainda um plano de cargos, carreiras e vencimentos dos profissionais de saúde. A avaliação e acompanhamento das ESF são realizados pelos núcleos de assessoria técnicas da SMS, que são responsáveis pelo planejamento, execução, coordenação e avaliação de ações de saúde desenvolvidas sob a forma de programas específicos no âmbito municipal (BELÉM, 2014).

#### *4.2.3.1 Estratégia Saúde da Família Norte 1*

A ESF Norte 01 está localizada em um bairro próximo ao centro de Belém, foi inaugurada há aproximadamente 13 anos, sua estrutura física encontra-se em moderado estado de conservação, com algumas áreas de infiltrações. O espaço físico não foi planejado especificamente para atender as demandas, com carência de algumas subdivisões internas fundamentais para a realização da assistência em saúde (APÊNDICE R).

Os instrumentos e materiais são suficientes para realização dos atendimentos produzidos pela equipe multiprofissional, entretanto, há faltas frequentes de material de consumo.

A ESF dispõe de duas equipes de SF, para cobrir uma população de 7.000 pessoas, entretanto, há somente cadastradas cerca de 2.500 pessoas divididas em 7 microáreas, o que totaliza uma cobertura



assistencial de 35,71% (BRASIL, 2014a). O quadro funcional conta com cerca de 26 trabalhadores de saúde.

O processo de trabalho (APÊNDICE S) entre as duas equipes é individualizado, ou seja, cada equipe atende somente a população de sua determinada área de abrangência. As ações que contemplam a integralidade da assistência frequentemente são realizadas. Contudo, a demora no atendimento para consultas especializadas tem sido ainda um problema que resulta em sérios prejuízos à saúde dos pacientes.

O fluxo dos usuários é gerado por demanda espontânea ou referenciada mediante agendamento prévio, os quais procuram a Unidade principalmente por problemas relacionados à suspeita de tuberculose, ao atendimento no pré-natal e problemas de saúde agudos.

A ESF possui agenda de trabalho definida e voltada para crianças, gestantes [pré-natal], exames de rotina, palestras educativas e reuniões entre as equipes para avaliar as ações e realizar o planejamento das atividades futuras.

#### *4.3.3.2 Estratégia Saúde da Família Norte 2*

A ESF Norte 02 fica localizada em um bairro periférico, considerado como um dos bairros de maior índice de criminalidade do município de Belém. A Unidade de Saúde foi inaugurada há poucos anos, e sua estrutura encontra-se em péssimo estado de conservação, fruto de depredações. As subdivisões internas são insuficientes para realização da assistência em saúde, de modo que algumas salas são utilizadas com dupla função [exemplo: atividades gerenciais e de recepção dos usuários]. A mobília da Unidade se encontra em estado precário e os instrumentos e materiais para trabalho são muitas vezes insuficientes (APÊNDICE T).

O processo de trabalho da ESF (APÊNDICE U) é pautado na atuação de duas equipes, totalizando 27 trabalhadores de saúde, que realizam atendimento ambulatorial na lógica da SF. O atendimento de enfermagem e médico acontece no período matutino e vespertino de segunda a sexta-feira sob demanda espontânea e agendamento. A procura de atendimento está relacionada principalmente ao tratamento para tuberculose, assistência a gestante e a práticas integrativas e complementares.

O atendimento odontológico é realizado apenas em dois dias da semana, mediante demanda espontânea e a quantidade de pessoas atendidas fica a critério do cirurgião dentista. As visitas domiciliares são

realizadas somente no período matutino, tendo em vista a preocupação com a violência na localidade.

#### **4.2.4 Contexto da região Sudeste e as ESF estudadas**

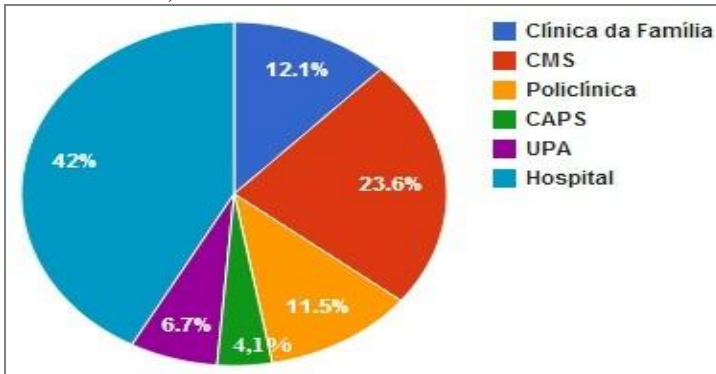
A cidade do Rio de Janeiro foi a escolhida na região sudeste para realização da pesquisa, conta com uma população de aproximadamente 6 milhões e 500 mil pessoas, é a segunda maior metrópole do Brasil e a cidade brasileira mais conhecida no exterior. Na economia tem destaque em vários setores, como nas indústrias navais, siderúrgicas, metalúrgicas, petroquímicas, turismo e setor de negócios, entre outras (RIO DE JANEIRO, 2014a).

No setor saúde a sua história confunde-se com a própria história da saúde brasileira, que tem suas origens principalmente após a vinda da Família Real para o Brasil em 1808. Apesar de ser um dos locais de início das práticas de saúde pública no Brasil, logo após o estado da Bahia, o Rio de Janeiro tem uma peculiaridade, pois na década de 1990 algumas localidades começaram a ser controladas por facções criminosas, o que dificultou ações governamentais em determinados locais, incluindo ações de saúde.

Com o processo de pacificação realizado pelo Estado essas comunidades passaram a receber serviços que antes não existiam, como por exemplo a ampliação e implantação das ESF [denominadas no município de Clínicas da Família] (RIO DE JANEIRO, 2014b).

O setor saúde estrutura-se em Clínicas da Família, Centros Municipais de Saúde, Policlínicas, CAPS, UPA e hospitais, conforme o seguinte gráfico 14 na página seguinte.

Gráfico 14 – Distribuição das unidades de saúde no município do Rio de Janeiro. Brasil, 2015.



Fonte: Rio de Janeiro (2014a).

As UBS que desenvolvem as ações de APS no município do Rio de Janeiro são os Centros Municipais de Saúde e as Clínicas da Família (CF). Elas são classificadas em unidades tipo A, em que existem apenas equipes de SF, e unidades tipo B, em que convivem também as equipes de SF com outros profissionais da unidade do modelo tradicional de atenção à saúde (RIO DE JANEIRO, 2013a). As Unidades estão divididas em dez Áreas de Planejamento para a gestão da atenção primária e secundária em saúde, de modo que cada uma representa um conjunto de bairros. A figura 6 destaca essas subdivisões.

Figura 6 – Áreas programáticas de saúde do Rio de Janeiro/RJ.



Fonte: Rio de Janeiro (2013b).

As áreas de planejamento são: 5.3 Santa Cruz e adjacências; 5.2 Campo Grande e adjacências; 5.1 Bangu e adjacências; 4.0 Jacarepaguá e adjacências; 3.3 Madureira e adjacências; 3.2 Grande Méier; 3.1 Leopoldina; 2.2 Grande Tijuca; 2.1 Zona Sul e 1.0 Centro e adjacências.

A forma de contratação dos trabalhadores de saúde acontece pela celebração de um contrato entre SMS e uma Organização Social (OS), a qual assume todas as responsabilidades trabalhistas. O tempo de vigência do contrato varia de acordo com a decisão da gestão municipal de saúde e pode ser rescindido a qualquer momento, mas geralmente é de dois a quatro anos de vigência, podendo ser renovado, ampliado ou substituído por outra OS. A cada vencimento de contrato e/ou troca de OS, o trabalhador precisa realizar novamente os trâmites admissionais, isso tem gerado certo desconforto aos trabalhadores, bem como insegurança de permanência no trabalho.

Com o objetivo de estimular os trabalhadores ao exercício de ações assistenciais nas mais diferentes áreas de atuação, a SMS desenvolveu os *Certificados de Reconhecimento do Cuidado com Qualidade*, com vistas a ser entregue para as Unidades com destaque em áreas específicas, a saber: Notificação Compulsória Oportuna; Unidade Promotora da Solidariedade e da Cultura de Paz; Unidade Amiga da Vacinação; Unidade de Saúde Carioca Ativa; Unidade Livre de Tabaco; Unidade Amiga da Nutrição e Alimentação Saudável; Unidade de Saúde Parceira do Rio Sem Preconceito; Unidade de Saúde Parceira da Escola e da Creche; Unidade Parceira do Pai; Unidade Amiga do Envelhecimento; Unidade Parceira de Adolescentes e Jovens; Integração entre o Agente de Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde (RIO DE JANEIRO, 2013b).

Quando existe alguma demanda por consulta a especialista ou exame para complementar o diagnóstico, o médico da CF deve solicitar via núcleo interno de regulação denominado Sistema de Regulação (SISREG). O SISREG é um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório, da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

Isso tem sido um desafio para gestão, pois em determinados tipos de especialidade os usuários podem esperar mais de seis meses, ocasionando um prejuízo na continuidade da assistência (RIO DE JANEIRO, 2014b).

As CF fazem parte do Programa Saúde Presente, lançado em maio de 2009 com o objetivo de expandir os serviços de saúde a toda população do Rio de Janeiro, principalmente as regiões periféricas e

com piores condicionantes sociais e de morbimortalidade. A primeira CF implantada foi no final de 2009, hoje a cidade conta com 71 CF e 126 Centros Municipais de Saúde, que totalizam 834 equipes de SF, contribuindo desta forma significativamente para a ampliação da cobertura populacional, a qual era 3,5% em janeiro de 2009 e foi elevada para 42,81% em abril de 2014 (RIO DE JANEIRO, 2014bc).

O diferencial de algumas CF é a oferta de serviços como exames de raios-x, eletrocardiograma, alguns tipos de exames laboratoriais e ultrassonografia, bem como o horário de funcionamento que se estende das 8h às 20h de segunda a sexta-feira, e aos sábados das 8h às 12h. Na grande maioria dessas CF não são ofertados estes tipos de serviços, entretanto, os prontuários são informatizados e praticamente todas as UBS.

### *Estratégia Saúde da Família Sudeste 1*

A área de planejamento 1.0 local da CF utilizada para o estudo nessa região geográfica agregou um bairro do total dos 14 que fazem parte desta área, a saber: Centro, Gamboa, São Cristo, Caju, Catumbi, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, São Cristovão, Mangueira, Benfica, Santa Teresa, Saúde, Paquetá e Vasco da Gama. Possui uma população de aproximadamente 295 mil pessoas, 46 equipes de ESF, sendo que somente uma está incompleta quanto ao número de profissionais. A cobertura populacional desta ESF é de 52,64%, o que supera a média de cobertura do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2013a).

A localização geográfica da CF não está bem centralizada no território sob sua responsabilidade, o que gera a necessidade do poder público disponibilizar um veículo [Kombi] para transporte de pacientes e trabalhadores.

A estrutura física (APÊNDICE V) é locada, e fica no segundo e último andar de um prédio um pouco antigo, dispondo de aproximadamente 180 m<sup>2</sup>, com consultórios dos dois lados e um corredor cuja circulação de duas pessoas fica prejudicada tendo em vista sua largura. Possui um número insuficiente de cadeiras na recepção para atender a demanda de usuários ao ponto de muitas pessoas ficarem de pé ou até mesmo na rua.

O processo de trabalho (APÊNDICE X) é norteado pela atuação de cinco equipes de SF, que atendem uma população de aproximadamente 21.500 pessoas, gerando uma cobertura populacional pela equipe de 100% das famílias. A Unidade possui um mapa com a

divisão de sua área de abrangência, um quadro com demonstrativo da produção mensal, que se pauta nos indicadores do SIAB.

O fluxo de pessoas na UBS é gerado principalmente pela marcação de consultas médicas, em sua grande maioria agendada por ACS; por procedimentos de enfermagem como curativos, realização de exame colpocitológico, imunização; consultas odontológicas e consultas de enfermagem, estas em especial voltadas para ações de planejamento familiar individual e orientações para realização da baciloscopia, que é um problema de grande significância em áreas periféricas do Rio de Janeiro. Os usuários também aparecem na CF para retirar remédios, realizar a confecção do cartão SUS, verificar a situação dos encaminhamentos especializados, etc.

Por fim, como característica desta ESF destaca-se ainda a sensação de insegurança com que profissionais e usuários são obrigados a conviver, tendo em vista principalmente problemas decorrentes do tráfico de drogas.

#### **4.2.5 Contexto da região Sul e as ESF estudadas**

O local selecionado para realização do estudo foram dois municípios da Região Sudoeste do estado do Paraná, a saber, Coronel Vivida e Pato Branco.

O município de Coronel Vivida foi criado em 1960, atualmente possui cerca de 21 mil habitantes e tem na agricultura e no comércio sua principal atividade econômica. Já o município de Pato Branco foi criado em 1951, proveniente da Colônia Bom Retiro, que tinha como objetivo acolher os insatisfeitos quanto à decisão sobre a Guerra do Contestado (IBGE, 2010c). Ambos os municípios integram a 7ª Regional de Saúde juntamente com mais treze: Palmas, Coronel Domingo Soares, Mangueirinha, Chopinzinho, Saudades do Iguaçu, Sulina, São João, Honório Serpa, Clevelândia, Mariópolis, Vitorino, Bom Sucesso do Sul e Itapejara do Oeste.

A população total da Regional de Saúde é de 249.755 indivíduos, e Pato Branco destaca-se como o município de maior número populacional, com cerca de 72.370 habitantes, e de melhor IDH, 0,782 (PARANÁ, 2007; IBGE, 2010d).

O município de Pato Branco é a cidade referência em saúde da região, recebendo pacientes de diversos locais, bem como dispõe de vários programas: o programa para realização de cirurgias eletivas, com vistas a reduzir o tempo de espera para procedimentos de baixa, média e alta complexidade; o programa mãe-pato-branquense objetiva oferta de

cuidado em todos os ciclos da vida feminina; o programa de controle do tabagismo, que oferta tratamento em todas as unidades de saúde do Município, objetivando reduzir o número de fumantes; programa de controle da tuberculose, hanseníase, atenção ao estomizado e de prevenção e tratamento de feridas, entre outros. O município ainda dispõe de um Pronto Atendimento com assistência 24 horas, pautado no sistema de classificação de risco (PATO BRANCO, 2014).

Quanto à ABS, a ESF vem se consolidando como estratégia de reorganização das Unidades Básicas de Saúde tradicionais, em consonância com as diretrizes da PNAB. Atualmente, existem quinze equipes de ESF, que cobrem 70,03 % da população, cinco eSB modalidade 01 e uma eSB modalidade 2. As equipes estão localizadas nos bairros São Cristóvão, Alvorada, Morumbi, Novo Horizonte, São João, Planalto, Vila Esperança, Pinheirinho, Bortot, no Centro e na comunidade de São Roque do Chopim (PATO BRANCO, 2014; BRASIL, 2014a).

O trabalho nas ESF ainda conta com o apoio de um NASF, colaborando para a integralidade do cuidado e acompanhamento longitudinal aos usuários. Além de melhorar o trabalho de prevenção, a população recebe acompanhamento com psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeuta ocupacional, entre outros especialistas (PATO BRANCO, 2014).

Não obstante, o município de Coronel Vivida possui um complexo de saúde menor que Pato Branco, com cerca de 60 estabelecimentos de saúde. Vinte e um destes estão vinculados direta ou indiretamente ao SUS, destacando-se 09 ESF, que cobrem 100% da população, 02 eSB modalidade 1 e três eSB modalidade 2, além de outros programas de saúde federais (BRASIL, 2014a).

### *Estratégia Saúde da Família Sul 01 e 02*

As ESF estudadas nessa região contemplaram duas equipes no município de Pato Branco [ESF Sul 01] e uma equipe no município de Coronel Vivida [ESF Sul 02]. Por serem municípios vizinhos, pertencentes à mesma região de saúde, e por possuírem características econômicas, sociais, estruturais, indicadores de saúde semelhantes, as ESF serão apresentadas em conjunto.

A estrutura física das Unidades (APÊNDICE Y, Z) e o mobiliário de maneira geral estão em moderado estado de conservação, e os instrumentos são suficientes para realização da assistência em saúde. Uma característica em especial da ESF 2 é que a UBS está sendo

reconstruída, tendo em vista problemas com alagamentos e estruturais, como rachaduras de salas e ausência de rampa de acesso para cadeirantes

O processo de trabalho (APÊNDICE AA, BB) organiza-se, prioritariamente, pela demanda espontânea, ou seja, conforme demandas trazidas pelos usuários. Há algumas demandas agendadas, como grupos de atividades com populações específicas [portadores de hipertensão arterial sistêmica, gestantes, tabagistas, entre outros], mas a maioria dos atendimentos se volta para a demanda espontânea.

Apenas uma equipe de saúde bucal de uma das equipes de ESF pesquisadas se organiza de forma independente das demais atividades de sua equipe, com atendimento a livre demanda e urgências no período da manhã, agenda e atividades na comunidade e visita às escolas.

A assistência das ESF é norteadas pelos programas do MS e SES. É ainda guiada pelas informações e dados, que são coletados conforme o que consta nos instrumentos de controle das condições de saúde-doença da população como, por exemplo, pela carteira de vacinas e da gestante, ficha de acompanhamento dos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica, formulário para coleta de exame preventivo, entre outros.

As ESF contam com reuniões de equipes semanais nas quais são discutidos problemas, prioridades, metas, entre outras necessidades da equipe. O trabalho em equipe é difícil de ser visualizado nas ESF. A análise de documentos permitiu identificar que a assistência é realizada separadamente, ou seja, não se visualiza uma integração da equipe.

Os procedimentos técnicos são de responsabilidade, preferencialmente, da equipe de enfermagem, em especial do técnico ou auxiliar de enfermagem; as atividades assistenciais ficam a cargo dos (as) médicos (as) e enfermeiros (as). Já as ações administrativas são exclusivas dos enfermeiros, que também são responsáveis pela supervisão e acompanhamento dos ACS (TRINDADE, 2011).

As visitas domiciliares têm sido realizadas em grande frequência pelas enfermeiras das ESF, em livre demanda, e em um dia agendado pelo (as) médico (as) das Unidades. Em alguns dias, conforme sobrecarga ou quando há necessidade de um procedimento técnico de baixa complexidade, são enviados os técnicos ou auxiliares de enfermagem ao domicílio das famílias.

Quanto aos vínculos dos profissionais, prevalece entre os médicos o vínculo por pessoa jurídica, e entre os membros da equipe de enfermagem e da equipe de saúde bucal houve predomínio dos estatutários. Identificou-se também o compromisso dos municípios de



umentar os concursos públicos, buscando vínculos mais efetivos dos profissionais com os serviços.

Não há um banco de dados específicos para acompanhamento dos acidentes e agravos presentes no cotidiano laboral das equipes. O reconhecimento ocorre mediante consulta aos registros gerados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dessa maneira, não foi possível a quantificação e análise dos acidentes característicos dessa modalidade laboral, pelo montante de acidentes registrados na rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador dessa regional de saúde.

O acompanhamento do trabalho das equipes no estado do Paraná como um todo é feito por um roteiro de monitoramento do trabalho das ESF, o qual apresenta informações mais voltadas para a quantificação do tempo de trabalho e cumprimento de algumas atividades previstas, não possibilitando uma avaliação mais qualitativa do trabalho das equipes, em especial do que se espera na prescrição da ESF.

### 4.3 ARTIGO 1: SATISFAÇÃO NO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### WORK SATISFACTION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

#### SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO EN LA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Jacks Soratto

Denise Elvira Pires de Pires

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo identificar e analisar aspectos do processo de trabalho geradores de satisfação nos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado em cinco regiões geográficas do país, com 27 equipes de Saúde da Família, lotadas em 11 Unidades Básicas de Saúde, totalizando 76 participantes. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, observação e estudo documental. O tratamento e interpretação dos dados foi realizado articulando a Análise Temática de Conteúdo e recursos do *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti, com suporte das teorias do processo de trabalho em saúde com base em Karl Marx e na satisfação no trabalho de Cristophe Dejours. Todos os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos foram respeitados. Os resultados indicaram a existência de 14 principais aspectos relacionados à satisfação que foram agrupados em três categorias: identificação com o modelo assistencial da ESF; boas relações com o usuário da ESF e aspectos profissionais e trabalhistas. Na categoria identificação com o trabalho e princípios da ESF foram agregados os aspectos: trabalho em equipe, afinidade com o trabalho, integralidade da assistência, modelo de saúde e longitudinalidade do cuidado. Na categoria relações com os usuários na ESF identificou-se como geradoras de satisfação: resolutividade da assistência, vínculo com o usuário, satisfação e assistência ao usuário. Na categoria aspectos profissionais e trabalhistas foram motivos de satisfação a organização da equipe, reconhecimento do trabalho realizado, boas relações na equipe, gostar da profissão e vínculo de trabalho. Conclui-se que a satisfação é um fenômeno complexo, com uma dimensão subjetiva, mas que tem forte relação com o próprio trabalho, como é organizado e sob que condições e relações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Satisfação no trabalho. Pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT:** This study aimed to identify and analyze aspects of the work process generating satisfaction in professionals that work in the Family Health Strategy. A qualitative study was conducted in five geographical regions of the country, with 27 family health teams, working in 11 Basic Health Units, totaling 76 participants. The data were collected using semi-structured interviews, observation and documentary research. The treatment and data interpretation were performed by articulating thematic content analysis and *software* resources for qualitative data analysis using Atlas.ti *software*, with support of the theories of Karl Marx on health work process and Christophe Dejours on job satisfaction. All ethical guidelines for research involving human beings were respected. The results indicated the existence of 14 main aspects of satisfaction, which were grouped into three categories: identification with the care model of the FHS; good relationship with the FHS patients; and professional and labor aspects. In the category, identification with the work and principles of the FHS, the aspects of teamwork, affinity with the work, integration of care, health model, and continuum of care were added. The category, relationships with the FHS patients, generators of satisfaction identified were the problem solving for care, bond with the patient, satisfaction, and patient care. In the category of professional and labor aspects, team organization, recognition for the work performed, good relationships with the team, love of the profession, and labor relationships were found as reasons for satisfaction. The conclusion is that satisfaction is a complex phenomenon with a subjective dimension, but that it is strongly related to the work itself, the way in which it is organized, and under what conditions, and relationships.

**KEYWORDS:** Primary Health Care. Unified Health System. Family Health Strategy. Job satisfaction. Qualitative research.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar aspectos del proceso de trabajo generadores de satisfacción en los profesionales que actúan en la Estrategia de Salud Familiar. Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, realizado en cinco regiones geográficas del país, con 27 equipos de Salud de la Familia, situadas en 11 Centros de Salud, totalizando 76 participantes. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas semiestructuradas, observación y

estudio documental. El tratamiento e interpretación de los datos fue realizado articulando el Análisis Temático de Contenido y recursos del *software* para análisis de datos cualitativos *Atlas.ti* con soporte de las teorías del proceso de trabajo en salud con base en Karl Marx y en la satisfacción en el trabajo de Cristophe Dejours. Todos los preceptos éticos para la investigación con seres humanos fueron respetados. Los resultados indicaron la existencia de 14 principales aspectos relacionados a la satisfacción que fueron agrupados en tres categorías: identificación con el modelo asistencial de la ESF; buenas relaciones con el usuario de la ESF; y aspectos profesionales y laborales. En la categoría identificación con el trabajo y principios de la ESF fueron agregados los aspectos: trabajo en equipo, afinidad con el trabajo, integralidad de la asistencia, modelo de salud y longitudinalidad del cuidado. En la categoría relaciones con el usuario de la ESF se identificó como generadoras de satisfacción: resolutivez de la asistencia, vínculo con el usuario, satisfacción y asistencia al usuario. En la categoría aspectos profesionales y laborales, fueron motivos de satisfacción a la organización del equipo, reconocimiento del trabajo realizado, buenas relaciones en el equipo, el gusto a la profesión y vinculo de trabajo. Se concluye que la satisfacción es un fenómeno complejo, con una dimensión subjetiva, pero posee fuerte relación con el propio trabajo, como el mismo es organizado y bajo qué condiciones y relaciones.

**PALABRAS-CLAVE:** Atención Primaria de Salud. Sistema Único de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Satisfacción en el trabajo. Investigación cualitativa.

## INTRODUÇÃO

A satisfação no trabalho é fundamental para os profissionais de saúde em todo mundo (DOEF; MBAZZI; VERHOEVEN, 2012). Os níveis de satisfação no trabalho têm declinado com o passar das décadas (SOUSA-POZA; SOUSA-POZA, 2000; HAMERMESH, 2001). Em contrapartida, há um aumento significativo de estudos que contemplam esta temática, principalmente pela capacidade da satisfação refletir na saúde do profissional, em sua vida social e pessoal, e até mesmo nos resultados do trabalho (FARAGHER; CASS; COOPER, 2005; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; DEJOURS, 2012).

O trabalho em saúde faz parte do setor de serviços com o qual apresenta características de identidade, mas também tem especificidades em relação aos demais trabalhos do setor. Pertence, majoritariamente, à esfera da produção não material, que se completa no ato de sua

realização, ou seja, “o produto é indissociável do processo que o produz, isto é, a própria realização da atividade” (PIRES, 2008, p. 159). Essas características de indissociabilidade e as dificuldades de se perceber na obra acrescentam atributos ao trabalho em saúde que interferem na satisfação.

No Brasil, o trabalho em saúde pode ser realizado em vários espaços, públicos ou privados, do tipo ambulatorial ou hospitalar. Um deles é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa proposta foi criada no Brasil em 1994 inicialmente com o nome Programa Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, assumiu o caráter de estratégia passando a denominar-se ESF. Tem como base os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e constitui-se em estratégia privilegiada para reordenação do modelo assistencial em saúde brasileiro aderente aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2012).

As conquistas pós-criação da ESF foram significativas para o setor saúde e população, oportunizando aumento do acesso a medicamentos e exames; crescimento da cobertura vacinal; declínio da mortalidade infantil; redução dos indicadores de internações por acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca congestiva, entre outros (BRASIL, 2008, 2012; MENDES, 2012).

O Brasil possui mais de 40 mil equipes de saúde da família (eSF) implantadas, presentes em mais de 97% das cidades brasileiras, com cobertura populacional superior a 66%. Outro aspecto que merece destaque é o impacto da ESF na força de trabalho em saúde, uma vez que representa uma parcela de mais 14% de todos os estabelecimentos de saúde existentes no país e, conseqüentemente, a coloca como um dos principais postos de trabalho dos profissionais de saúde do Brasil (BRASIL, 2015ab).

A ESF é formada por uma equipe composta de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada em um área de no máximo 4 mil pessoas, e que pode ser acrescida ainda por profissionais de saúde bucal. Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê a inclusão de outros profissionais de diferentes áreas de conhecimento que podem integrar as equipes ou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência de atuação e resolubilidade da ESF (BRASIL, 2012).

O modelo assistencial da ESF prevê o estabelecimento de vínculo maior com os usuários por integrar ações assistenciais dentro e fora da Unidade Básica de Saúde (UBS), o que demanda habilidades e

competências mais amplas que as usuais do modelo da biomedicina, centrada no diagnóstico e na terapêutica de problemas vivenciados por sujeitos indiferenciados.

O vínculo prevê o contato direto com o usuário, na sua individualidade e complexidade, incluindo aspectos culturais e socioeconômicos. Essa perspectiva demanda competências nem sempre trabalhadas na formação profissional. Por outro lado, dialeticamente o vínculo também pode colaborar com a satisfação do trabalhador.

Não obstante, esses mesmos profissionais são muitas vezes obrigados a conviver com condições de trabalho insatisfatórias, péssimos salários, assédio moral, violência, medo, exigências do cumprimento de regras, entre outros aspectos que interferem negativamente na sua atuação profissional, na possibilidade de estabelecer vínculo assim como de atuar segundo os princípios da ESF (BRASIL, 2012; MENDES, 2012).

A literatura registra que o trabalho pode ser uma fonte de satisfação, quando o trabalhador consegue criar alternativas convenientes para o enfrentamento das ações prescritivas fomentadas pelas organizações (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; DEJOURS, 2009; DEJOURS, 2012).

A partir de uma busca nas principais bases de dados em saúde, como *Publisher Medline* (PUBMED), *SCOPUS Elsevier*, *American Psychological Association* (PsycoINFO), *Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), realizada em outubro de 2015, verificou-se um significativo número de estudos que dizem respeito à satisfação no trabalho na APS e poucos que contemplam especificamente a ESF (JABBARI et al, 2014; OJAKAA; OLANGO; JARVIS, 2014; PIRES et al., 2010a; PIRES, 2012ab; TRINDADE; PIRES, 2013; LIMA et al., 2014; SHI et al., 2014). Porém, nenhum estudo tem por objetivo identificar e analisar aspectos do processo de trabalho geradores de satisfação nos profissionais que atuam na ESF.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa (MINAYO, 2010; POLIT; BECK, 2011) que respeitou os critérios de credibilidade, possibilidade de confirmação, significado do contexto, os padrões recorrentes, a saturação e a possibilidade de transferência (MORSE 2003).

O estudo teve como alicerce teórico o materialismo histórico-dialético para análise do processo de trabalho (MARX, 2012) associado à teorização de Christophe Dejours sobre satisfação no trabalho (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994; DEJOURS 2004, 2006, 2008, 2009, 2012).

A seleção dos participantes e locais de pesquisa foi realizada intencionalmente, ou seja, quando o pesquisador escolhe “os casos ou os tipos de casos que podem contribuir mais para as necessidades de informação do estudo” (POLIT, BECK, 2011, p. 354).

Os critérios para escolha das ESF e dos profissionais estudados foram: UBS com Saúde da Família das cinco regiões geográficas do Brasil (Sul, Centro-oeste, Norte, Sudeste e Nordeste) incluindo, no mínimo, um município e estado em cada região; eSF de boa qualidade segundo informações da gerência, profissionais ou lideranças das diferentes regiões; profissionais das diferentes categorias que compõem as ESF estudadas; eSF que dispuseram, no mínimo, de todos os componentes da equipe mínima conforme preconizado pela PNAB (BRASIL, 2012).

Já quanto aos critérios de exclusão foram considerados: UBS nas quais convivem os dois modelos assistenciais [modelo tradicional e ESF]; trabalhadores das equipes que não sejam profissionais de saúde, excluindo, portanto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhadores da área administrativa, limpeza e apoio.

Os dados foram coletados entre novembro de 2010 e abril de 2014 pelos seguintes instrumentos: entrevistas semiestruturadas, observação e análise documental, todos norteados por roteiros específicos (FLICK, 2009; POLIT, BECK, 2011). No total foram setenta e seis [76] entrevistas, quarenta e quatro [44] notas de observação e trinta e dois [32] documentos analisados.

Os participantes das entrevistas incluíram quarenta e dois [42] profissionais de enfermagem [enfermeiro, técnicos e auxiliares], dezenove [19] da odontologia [odontólogos, técnicos e auxiliares em saúde bucal], treze [13] médicos (as), uma [1] psicóloga e um [1] farmacêutico, totalizando setenta e seis [76] participantes.

O cenário de atuação destes profissionais envolveu vinte e sete [27] eSF, lotadas em onze [11] Unidades Básicas de Saúde de seis (06) municípios, distribuídos nas cinco (05) regiões geográficas do país. Essa amostra foi considerada suficiente pelo critério de saturação dos dados (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008; POLIT, BECK, 2011).

Após a transcrição das entrevistas, editoração das notas de observação e organização do estudo documental os dados foram

inseridos no *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015).

No *software* foi criado um arquivo que reúne os dados da pesquisa denominado *hermeneutic unit*. Todas as entrevistas e notas de observação inseridas receberam o nome de *primary documents*, as quais podem ter inúmeros fragmentos selecionados, os quais são chamados de *quotations*. As *quotations* estão sempre associadas aos *codes*, que são os códigos atribuídos pelo pesquisador mediante seu objeto de pesquisa.

O processo de análise que contou com o auxílio organizacional do *software* Atlas.ti foi desenvolvido mediante a triangulação de dados (MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2005; MINAYO, 2010) alicerçado na análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011) e orientado pelo referencial teórico escolhido.

A análise de conteúdo temática possui três fases: “pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação” (BARDIN, 2011, p. 125). Apesar da descrição das etapas analíticas, a análise dos dados é flexível, acontecendo de maneira simultânea. Para facilitar o entendimento da relação entre as fases da análise temática de conteúdo com os recursos disponíveis no *software* Atlas.ti foi construído o quadro 1, que busca sintetizar essa associação.

Quadro 1 – Relações entre as fases da análise de conteúdo e o *software* Atlas.ti.

Fases da análise	<i>Software</i> Atlas.ti
1ª Fase: Pré-análise	Criação e salvamento da <i>hermeneutic unit</i> . Inserção de <i>primary documents</i> selecionados.
2ª Fase: Exploração do material	Seleção de <i>quotations</i> . Criação de <i>codes</i> . Agrupamentos dos <i>codes</i> em <i>families</i> . Criação de <i>memos</i> .
3ª fase: Interpretação	Articulação entre <i>quotations</i> , <i>Codes</i> , <i>Families</i> e <i>Memos</i> , sob orientação do objetivo e referencial teórico. Geração de <i>Networks</i> . Extração de <i>Outputs</i> .

Fonte: Produção dos autores.

A coleta de dados respeitou todos os preceitos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com



seres humanos, bem como também respeitou todas as diretrizes legislativas brasileiras vigentes.

A presente pesquisa teve dois pareceres de aprovação, a saber: o primeiro com o número do parecer 971FR 366844 para a coleta de dados nas regiões Sul, Norte e Centro-oeste e o segundo com o número do parecer 723.695 CAAE 25557614.0.0000.0121 para coleta de dados nas regiões Nordeste e Sudeste.

O anonimato dos participantes foi garantido por meio de um código alfanumérico composto pelas iniciais da profissão [E para enfermeiro, M para médico, Te para técnico de enfermagem, Ae para auxiliar de enfermagem, P para psicólogo, Tsb para técnico em saúde bucal, Asb para auxiliar de saúde bucal, D para dentista, Fa para farmacêutico, etc.] e da região geográfica (S, N, NE, SE e CO) seguido de um número cardinal. As notas de observação foram identificadas pela abreviatura *Obs.* seguida de um número cardinal [Obs.1].

## **RESULTADOS**

No perfil dos participantes do estudo predominou o sexo feminino [84,2%]; a enfermagem como a profissão com maior número [55,3%]; faixa etária de 30 a 39 anos [40,8%], sendo a maioria de nível superior [47,4%]; tempo de experiência profissional maior de cinco anos [77,6%]; tempo de experiência na ESF de um a quatro anos [46%]; o regime empregatício pautado no concurso e estatutário [65,8%]; com vínculo único [56,6%] e uma jornada de trabalho de 40 horas semanais [56,6%]. Mas deve-se ressaltar ainda um considerável número dos participantes com duplo vínculo e conseqüentemente com jornada superior ao preconizado pela legislação.

As notas de observação e o estudo documental foram adotados com fonte complementar, porém não menos importantes, colaboraram para uma maior compressão do fenômeno e de seu contexto, e possibilitaram identificar que as UBS, nas quais foi realizada a pesquisa, em sua grande maioria possui deficiências estruturais que comprometem em algumas situações as práticas assistenciais dos participantes do estudo, o que pode interferir em sua satisfação.

Na análise dos aspectos relacionados à satisfação dos profissionais que atuam na ESF foram identificados os principais fatores que geraram satisfação, conforme a tabela a seguir.

Tabela 1 – Distribuição da quantidade de quotations [n=141] de acordo com os codes [25] de satisfação no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do Brasil.

Codes	Quotations	
	n	%
trabalho em equipe	26	18,4
vínculo com o usuário	14	9,9
afinidade com o trabalho	13	9,2
relação com os profissionais	12	8,5
resolutividade da assistência	12	8,5
reconhecimento do trabalho	8	5,7
gostar da profissão	8	5,7
satisfação do usuário	8	5,7
assistência ao usuário	8	5,7
modelo de saúde	6	4,3
organização da equipe	4	2,8
integralidade da assistência	4	2,8
vínculo de trabalho	3	2,1
longitudinalidade do cuidado	3	2,1
outros (1)	12	8,5
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>

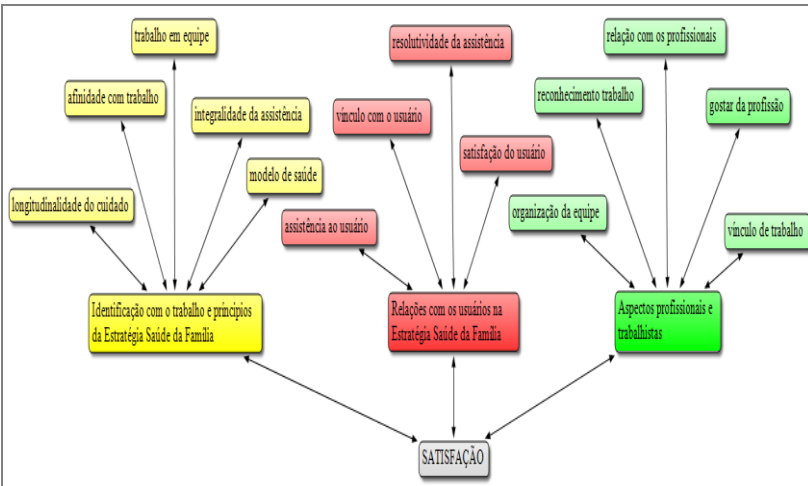
Fonte: dados da pesquisa.

(1) *Codes* de satisfação associados a menos de 3 *quotations*.

Os *codes* com número inferior a 3 *quotations* não foram descritos na tabela, pois possuíam proximidade temática com as categorias de análise e com os 14 *codes* já mencionados, de modo que o sentido da fala dos participantes e até algumas de suas citações [*quotations*] também foram levadas em consideração.

Os *codes* representam os aspectos geradores de satisfação e foram associados em três categorias analíticas: identificação com o trabalho e princípios da ESF; relações com os usuários da ESF e aspectos profissionais e trabalhistas. A figura 1 ilustra a síntese dos resultados, articulando categorias e *codes* associados.

Figura 1 – Relações dos principais *codes* que representam fatores geradores de satisfação no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do Brasil.



Fonte: Produzido pelos autores com auxílio do Atlas.ti (2015).

### Identificação com o trabalho e princípios da Estratégia Saúde da Família

Essa categoria representa mais de 36% das *quotations* e agrega os seguintes *codes*: trabalho em equipe, afinidade com o trabalho, integralidade da assistência, longitudinalidade do cuidado e modelo de saúde. Ou seja, estes aspectos do trabalho na ESF, mencionados pelos participantes como geradores de satisfação, tipificam o próprio modelo assistencial da ESF.

A ESF prevê um trabalho multiprofissional e desenvolvido em equipe. Essa possibilidade de integração profissional, união em prol de um determinado objetivo assistencial e estabelecimento de parcerias proporcionam satisfação.

*Estar numa equipe muito integrada. Saber que aquilo que eu estou fazendo vai contribuir para o bom andamento do trabalho dos demais, assim como eu também sei que aquilo que o colega faz contribui com o meu trabalho. Essa troca é mútua (EC2).*

*O que aumenta a minha satisfação também é a integração da equipe. Eu acho muito importante, [...] nós conseguimos trabalhar em parcerias, todos os profissionais. Então tanto o agente [ACS], o auxiliar, os enfermeiros, os médicos, conseguimos trabalhar com nosso serviço e com os demais serviços da secretaria (ES1).*

*Eu gosto muito de trabalhar em equipe, que quem não gosta não vem para o PSF [ESF]. [...] A nossa equipe aqui é uma união só. É um por todos, todos por um, é uma satisfação grande, desde as técnicas de saúde bucal aos dentistas, é maravilhoso (DNE3).*

*A gente aqui é a equipe, trabalhamos todo mundo juntos, sempre entramos em acordo, se tiver problemas aqui, tentamos resolver, para não levar para a gerência, para a gente resolver aqui mesmo entre nós (DSE1).*

A identificação com o trabalho realizado também proporciona satisfação aos participantes, seja por meio das competências requeridas de cada profissional ou do próprio modelo de saúde assistencial proposto na ESF. Essa afinidade com o trabalho está muito associada às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que o exercício profissional neste modelo possibilita.

*Eu gosto de trabalhar aqui, de fazer parte do PSF. Eu gosto de como é pensado o PSF, como ele está organizado, possibilitando trabalhar com a prevenção, coisa que a gente não faz no consultório particular, a gente só faz a parte curativa (DC2).*

*Acho mais prazeroso trabalhar na saúde da família, trabalhamos mais com prevenção, acho que sou uma pessoa muito comunicativa e eu gosto disso, de fazer isso com qualidade. No hospital, o foco é muito a*

*doença, aqui não. Você acaba estabelecendo um vínculo com o paciente, ainda mais que ele mora na sua comunidade (TeC4).*

*Eu gosto demais, meu marido tem até ciúme, porque eu entro aqui às 6 e meia da manhã e às vezes eu saio às 8 horas da noite. Eu gosto muito, esse trabalho me satisfaz (ESE2).*

A identificação com o trabalho é geradora de satisfação e, apesar do trabalho poder ser também fonte de sobrecarga, e até de adoecimento, o modo de manejar as situações de trabalho pode ser protetor para quem o realiza. A fala a seguir expressa a importância do trabalho e a necessidade de enfrentamento das situações adversas para que o trabalhador torne seu ambiente de trabalho um local que possa gerar satisfação.

*[...] o pessoal diz que fica estressado, aquela história de sempre, né, que você já ouviu muito isso aqui. Eu tenho certeza. Que a demanda é muito grande. Mas eu acho que seria uma demanda grande em qualquer outro lugar, temos que aprender a lidar com isso. Qualquer outro emprego vai te dar, trazer tantos problemas, problemas diferentes, tantos problemas quanto aqui traz. Eu, particularmente, não me sinto em nível de estresse tão gigantesco assim. Eu me sinto satisfeito com o trabalho (FSE1).*

A integralidade da assistência aliada à longitudinalidade do cuidado foi expressa pela possibilidade de assistir o usuário como um todo e não somente seu problema físico, de modo a levar em conta sua história e acompanhá-lo nas diversas fases de sua vida, oportunizando ao profissional a continuidade da assistência clínica.

*Você vai, faz uma abordagem ampla. Você entra naquela família, você entra na casa das pessoas que você precisa acompanhar. Você modifica assim, de alguma forma, a vida daquela família (MSE2).*

*Porque eu gosto de [acompanhar] aquilo que eu comecei. Eu gosto de ver aquele andamento, como está aquele curativo [...], a cicatrização, aquela medicação que eu estou usando. Aí eu quero saber se aquilo está dando certo mesmo. Eu gosto muito, [...] de ver a continuidade, se cicatrizou, isso me satisfaz (TeNE1).*

*Você fica aqui e percebe a evolução do paciente, quando você percebe que houve uma melhora, você pode acompanhar o resultado. No Pronto Socorro você não acompanha, não sabe o que aconteceu com ele, nunca mais o vê, aqui na SF não, você consegue acompanhar a evolução do paciente e isso traz satisfação (MCO1).*

*O lado positivo é que você acompanha o paciente como um todo, não é como especialista, cabeça, o pé, o estômago, a mão. É o paciente globalizado, como um todo, e além do paciente a família, porque muitas vezes o problema do paciente não é dele, é de um conjunto, então tu atende o paciente como um todo. Geralmente no ESF é tudo isso (TeS1).*

## **Relações com os usuários na Estratégia Saúde da Família**

Essa categoria representa quase 30% das *quotations* e agrega os *codes*: vínculo e relação com o usuário, resolutividade da assistência, satisfação do usuário e prestação de adequada assistência ao usuário.

A possibilidade de efetivar relações de vínculo com o usuário e de exercer sua profissão com comprometimento e padrões adequados de qualidade contribuem para a satisfação dos profissionais, conforme as falas a seguir:

*É poder ajudar, poder ajudar de alguma forma aquelas pessoas que eu sinto que*

*realmente precisam de algum atendimento, de alguma palavra, até mesmo de uma palavra de conforto (TeNE2).*

*Eu optei porque me dá uma maior satisfação profissional, eu consigo me realizar profissionalmente melhor aqui, esse contato, esse vínculo com a população isso eu vejo que eu consigo colaborar mais para a saúde dele e consigo me satisfazer também profissionalmente (ESE3).*

*O vínculo com os pacientes, a possibilidade de vê-los ao longo do tempo e de acompanhar essas mesmas pessoas, e ter um retorno deles (MCO2).*

*O vínculo com o usuário, isso também me satisfaz muito. Eu não o vejo às vezes só como usuário, eu consigo também vê-lo como morador da comunidade, e a gente poder contribuir com a comunidade (ESE3).*

A capacidade de resolver o problema demandado tendo como consequência a satisfação do usuário proporciona satisfação também ao profissional.

*Um paciente que chegou com a boca numa situação terrível, tártaro, placa, aquela situação. E ele veio todo desleixado, e a gente começou a conversar da importância da saúde da boca e refletindo na saúde do corpo e da própria aparência, da autoestima. E começamos conversar sobre isso e fazendo o tratamento ao mesmo tempo, na cadeira. E de repente eu fiquei tão feliz, tão satisfeita quando na segunda consulta ele já veio mais arrumado. Ele tinha muita coisa para fazer na boca e o tratamento foi longo. Quando terminou o tratamento ele disse: Doutora, eu estou pensando em botar um aparelho. Eu*

*fiquei feliz demais, para quem nem escovava os dentes direito, agora querer colocar o aparelho, isso para mim foi a glória, a satisfação total. Eu disse: Olha aí como esse homem mudou (DNE4).*

*[...] isso já me satisfaz, de você conseguir às vezes resolver um atendimento, iniciar e conseguir ir até o fim daquele atendimento, e ver a gratidão, ver a satisfação do usuário, isso me deixa também muito satisfeita. Você pega um caso que às vezes ninguém está conseguindo resolver e você consegue resolver (ESE3).*

### **Aspectos profissionais e trabalhistas**

Essa categoria representa quase 25% das *quotations* e agrega os seguintes *codes*: convívio com os profissionais, gostar da profissão, ações de organização da equipe e vínculo de trabalho.

O convívio com os profissionais nas práticas assistenciais e as relações que eles estabelecem entre si têm colaborado para o aumento dos níveis de satisfação, conforme as falas a seguir:

*O que eu gosto daqui é que existe uma amizade. As pessoas são muito chegadas, muito amigas, a gente está sempre procurando se unir, se ajudar um pouquinho. Aquele aconchego. E isso aí ajuda muito (TeSE4).*

*A relação amigável entre os membros da equipe. É o que mais me segura aqui. Já pensei em sair, já tive proposta para ir para outro posto de saúde, já arrumei até permuta para transferência para ficar mais próxima da minha casa. Essa boa relação na equipe segura. A gente é muito envolvido um com o outro, a gente tem uma divisão de responsabilidades. A gente não sabe se em*



*outro lugar vai encontrar esse mesmo clima (TeCO3).*

*É o convívio assim com o pessoal, porque se torna tudo da família, como se fosse da família da gente (TeNE1).*

Outro fator condicionante para a satisfação no trabalho na ESF, elencado pelos participantes deste estudo, é o gostar da profissão ou do trabalho que executa. As falas, a seguir, demonstram a importância de gostar da sua profissão e do seu trabalho como fator fundamental para satisfação.

*Eu estou fazendo o que eu gosto. Estou colocando em prática tudo o que eu aprendo na Universidade, na pós-graduação. Estou trabalhando com gente, com pessoas que necessitam do meu serviço, estou satisfeita (ENE2).*

*É muito satisfatório isso. Essa profissão é muito milagrosa. Eu amo muito o que eu faço. Entendeu? (TeSE2).*

*É fazer o que eu gosto. Sempre gostei desse tipo de trabalho e o que me faz a cada dia aprofundar mais o seu conhecimento da clínica, porque você está em uma oportunidade como essa, você atende todos os tipos de coisas que você imaginar (MNE2).*

O reconhecimento dos usuários, dos gestores e até mesmo dos próprios profissionais que integram a equipe, referente ao trabalho realizado na ESF, é outro aspecto que contribui para a satisfação. As transcrições das falas a seguir demonstram como o reconhecimento do trabalho pode ser motivo de satisfação.

*Reconhecimento, isso é importante para seguir em frente. É um combustível para boa atuação (ECO1).*

*Então, prazer significa o reconhecimento por parte de algumas pessoas, da população do seu trabalho, do fruto do seu trabalho, da sua capacidade técnica (DNE1).*

*As pessoas vêm de outros distritos me convidar para eu fazer esse processo em outro distrito, isso é muito legal, isso é recompensador. Saber que o seu trabalho já está em referência em outro distrito (ENE1).*

*Quando você vê o reconhecimento do usuário. Quando você está atendendo aquele paciente, quando você presta um cuidado para ele ou uma assistência, até mesmo uma educação continuada, você vê esse retorno, dele levar realmente o processo do cuidado a sério, de se importar com o cuidado, então isso satisfaz (ESE3).*

A satisfação também é expressa quando a equipe ou as ações que realiza estão organizadas. Seja na organização da equipe enquanto definição de competências e papéis de atuação profissional, enquanto possibilidade de existir um espaço para os trabalhadores discutirem aspectos referentes à organização do trabalho ou até mesmo na organização dos fluxos de atenção aos usuários.

*A minha equipe, a gente até não tem diferenças pessoais, acho que tem harmonia no trabalho. Acho que temos papéis bem definidos entre os membros da minha equipe. Percebo que ninguém quer assumir nada que não seja seu. Então cada um divide, para que não sobrecarregue ninguém (ECO1).*

*O fato de podermos sentar para discutir sobre o processo de trabalho da equipe é um ponto positivo, as reuniões de equipe. Você trabalha mais feliz quando consegue decidir de forma coletiva, os processos aqui não são*

*impostos. Eu considero um ponto muito positivo esse movimento de discutir e decidir estratégias com outros profissionais da equipe nas reuniões para o melhor funcionamento da unidade (MCO2).*

*[...] é, com o trabalho organizado, desde lá de cima, adianta o nosso lado, é o nosso serviço que anda, melhora o atendimento (TeN4).*

*O fluxo pode não ser tão fechado, às vezes, isso pode gerar problemas, mas são problemas que eu sempre digo, são passageiros. E aí a gente conversa e refaz o fluxo quantas vezes for necessário, porque é assim que funciona. Assim, em algum momento vai dar certo (FSE1).*

A possibilidade de estar empregado somado em alguns casos com a garantia de estabilidade no trabalho mediante concurso público foram outros fatores de satisfação que integram esta categoria, conforme descrito nas falas a seguir.

*O que me deixa feliz é na garantia do emprego, eu gosto de trabalhar aqui, eu gosto do meu trabalho (TeS2).*

*Quando eu fiz o curso de técnico foi pensando no concurso público, o salário é atrativo, a forma contratual com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) é uma forma que gera tranquilidade, estabilidade, acho que isso nos deixa tranquilo (TsbCO1).*

*Pela questão financeira, concurso, por questão da minha esposa e pela questão de estabilidade que é muito boa né, a questão de você ser concursado, te dá uma estabilidade financeira muito boa (MS2).*

Um vínculo trabalhista não precarizado, além de oportunizar satisfação ao profissional, pode colaborar para melhorias das condições de saúde locais.

*[...] ser concursada me dá segurança para brigar pelo que eu acho justo. Se for conversar com a chefia, vão te dizer que eu sou uma "pentelha", que em todas as reuniões está lá para brigar, buscando melhorias, então isso me dá uma segurança para brigar pelo que eu acho justo (ES3).*

## **DISCUSSÃO**

Os resultados mostram que a satisfação dos profissionais que atuam na ESF está relacionada a múltiplos aspectos. O primeiro é a vinculação da satisfação ao *gostar do que faz*. Ou seja, a identificação com a ação que realiza, com o exercício do trabalho real. Não há como medir a relação entre satisfação e afinidade com o trabalho, nem o quanto cada profissional gosta da sua profissão. Também não se pode quantificar a capacidade de vínculo com o usuário.

No trabalho na ESF predominam normas e rotinas que se vinculam ao trabalho prescrito, e que norteiam o pensar e o fazer de cada profissional. No entanto, como formulado por Dejourns (2004, 2009, 2012), o fazer não é mera execução do prescrito. Cada sujeito faz uma gestão do seu próprio trabalho, considerando valores e possibilidades concretas dos ambientes de prática. Além disso, os diferentes sujeitos manejam as realidades encontradas de forma singular.

O prescrito na ESF exige a realização de um trabalho multiprofissional, resolutivo, capacidade de estabelecimento de vínculo com os usuários e assistência orientada pelo princípio da integralidade (BRASIL, 2012). O trabalho em equipe também é uma das exigências prescritivas para as ações assistenciais na ESF. A possibilidade de desenvolver um trabalho coletivo e integrado com os demais profissionais é um dos elementos centrais na produção de satisfação nos profissionais que atuam na ESF.

O gostar do que faz implica, ainda, se identificar com os princípios do SUS e com os preceitos que regem a ESF. Ao realizar o que gosta o profissional não se sente apenas executor de normas prescritas, atua com possibilidade de exercer a criatividade ao manejar com as múltiplas e complexas demandas apresentadas pela população

adscrita. Nesse processo pode reinventar a si mesmo e o próprio trabalho. Neste sentido aproxima-se do conceito marxista de trabalho (MARX, 2012).

A ESF oportuniza essa possibilidade de reinvenção, de flexibilização das ações no trabalho real. Mesmo sendo norteadas por um conjunto de prescrições e rotinas que se repetem cotidianamente, o profissional, na execução do seu trabalho, tem a oportunidade de renovar-se, fazer diferente, e isso o satisfaz. Dejours (2004) fala sobre trabalhar como preenchimento da lacuna entre o trabalho real e prescrito, e que este “deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha” (DEJOURS, 2004, p. 28).

Esse gostar do que faz tem uma ligação com as garantias mínimas de condições de trabalho, as quais também podem interferir na satisfação e são aqui entendidas como as relações contratuais, o ambiente sociotécnico para a realização do trabalho, incluindo instrumentos adequados, em quantidade e qualidade (PIRES, LORENZETTI, GELBCKE, 2010b).

O destaque referente às condições de trabalho neste estudo é a ausência de elementos satisfatórios vinculados à estrutura física, a garantia de insumos, equipamentos e instrumentos de trabalho. Esse resultado remete ao fato de que todas as UBS que fizeram parte deste estudo não atendem na íntegra às exigências estruturais mínimas preconizadas pelo manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2008) e pela PNAB (BRASIL, 2012).

Essa situação pode levar com o tempo ao não gostar do que faz, por isso o trabalhar necessita periodicamente capacidade do profissional em lidar com as situações reais de sua atividade, com vistas a encontrar alternativas para manutenção da satisfação (DEJOURS, 2009).

Outro aspecto gerador de satisfação no trabalho, identificado nesse estudo, foi o *reconhecimento*. Na realização do trabalho na ESF, os profissionais se sentem satisfeitos ao serem reconhecidos pelo seu trabalho, seja pelos usuários, pelas equipes ou pelos gestores.

Marx (2012) sustenta o trabalho também como fonte de satisfação, de criação, quando ele atende necessidades, que transformam o objeto e o ser humano, e que o trabalhador se vê na obra que executa. Assim como um artista é reconhecido pela sua obra, seja nos traços da pintura, ou no palco com sua performance corporal, os participantes deste estudo veem no reconhecimento profissional a possibilidade de satisfação no trabalho, uma vez que “o trabalho transforma o trabalhador e permite-lhe progredir, aprimorar-se, realizar-se” (DEJOURS, 2009, p. 51)

A obra é resultado de uma ação, é o produto (MARX, 2012), é aquilo “que os gregos chamavam de *poiesis*, que significa minha obra, aquilo que faço, que construo, em que me vejo, minha criação, na qual crio em mim mesmo na medida em que crio no mundo” (CORTELLA, 2012, p. 21).

Essa valorização da obra como satisfação se materializa no reconhecimento do usuário mediante a realização de uma assistência em saúde com êxito; reconhecimento pelos demais profissionais, ao entenderem a atuação individual de cada integrante da equipe ou a atuação coletiva como imprescindível para o bom andamento do serviço, e por fim pelos gestores, quando compreendem que o trabalho do profissional deve ser considerado em todos os seus aspectos, os técnicos quantitativos, mas também a dimensão subjetiva.

O reconhecimento do trabalho, nas práticas diárias, no lócus de atuação do profissional, oportuniza a satisfação aos profissionais que atuam na ESF. Neste mesmo sentido Dejourns (2008, p. 84) diz que “o reconhecimento ao fazer, não ao ser, ao trabalho e não à pessoa”.

O ser reconhecido implica muito mais que questões salariais, é ser visto na obra que realiza. Quando o profissional é reconhecido pelos seus pares, pela gestão, e pelos usuários da utilidade e qualidade de seu trabalho, ele demonstra satisfação. Esse achado aproxima-se do mencionado por Dejourns (2009, p. 53) de que “o reconhecimento me confere o pertencimento a uma equipe, a uma coletividade, a uma profissão, [...] permite àquele que trabalha transformar o seu sofrimento em desenvolvimento de sua identidade”.

O reconhecimento apresenta-se como uma alternativa para a promoção do equilíbrio e desenvolvimento pessoal, e conseqüentemente de satisfação (DEJOURNS; ADOUCHELI, JAYET, 1994; DEJOURNS, 2004, 2012).

O salário não foi apontado pelos participantes do estudo como um aspecto que traz satisfação, mas sim a garantia de possuir um emprego, de ter um vínculo empregatício estável. Uma das explicações pode estar centrada na ausência de investimentos no tocante à criação de planos de cargos e salários no âmbito do SUS. Apesar dos contratos por concurso público e alguns com regime estatutário terem aumentado consideravelmente nos últimos anos, ainda existe um número significativo de profissionais que não são contratados pelas referidas regras (GIRARDI et al., 2010; GARCIA, et al., 2014; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

O terceiro aspecto de satisfação está na capacidade do estabelecimento de boas *relações no trabalho*, pois “trabalhar não é apenas produzir, é também conviver” (DEJOURS, 2012, p. 370).

A PNAB prevê uma jornada de 40 horas semanais para os profissionais, com exceção aos médicos (BRASIL, 2012). O trabalho na ESF implica a dedicação de pelo menos um terço do tempo diário ao exercício profissional, isso sem contar o tempo de deslocamento até o local de trabalho.

Isso significa afirmar que os profissionais passam mais tempo trabalhando do que com suas famílias ou em atividades de lazer e descanso. Com esse tempo de dedicação ao trabalho torna-se mais significativa a necessidade de estabelecer relações congruentes entre os membros da equipe, e da equipe com seu objeto de trabalho (usuários).

Para o trabalho ser satisfatório e até evitar patologias mentais ligadas a ele, os profissionais devem desenvolver estratégias de confiança e solidariedade, uma vez que o “trabalho é indissociavelmente uma regra de civilidade, de convívio e de viver juntos” (DEJOURS, 2009; 2012, p. 370).

O trabalho na ESF prescrito na PNAB prevê ainda a necessidade de descentralização das ações, de modo a capilarizar cada vez mais o vínculo entre profissionais e usuários, que tem como fim último a resolutividade da assistência e conseqüentemente a satisfação do usuário. O vínculo se pauta no desenvolvimento de relações afetivas entre usuário e profissional, com vista à continuidade da relação clínica e de responsabilização entre ambos (BRASIL, 2012; MENDES, 2012).

O estabelecimento de boas relações no trabalho oportuniza satisfação, e para que isso se efetive tem-se a necessidade da cooperação. As organizações do trabalho algumas vezes não costumam contribuir para o estabelecimento de boas relações profissionais, prejudicando e até mesmo desestruturando as possibilidades de estabelecimentos de cooperação, ou seja, do viver junto no trabalho (DEJOURS, 2009).

Essa necessidade de cooperação do viver junto não é algo fácil, supõe primeiramente a vontade do trabalhador em superar as dificuldades do ambiente relacional de trabalho, e “os conflitos que podem nascer de desacordos entre as partes sobre as maneiras de trabalhar” (DEJOURS, 2004, p. 32).

Por fim, os resultados desta pesquisa apresentam proximidade com alguns estudos que associam a satisfação profissional na saúde como trabalhar em um local de sua escolha, a interação entre profissionais, bem como a capacidade de relacionamento que os

profissionais estabelecem entre si e os usuários dos serviços (DELOBELLE et al., 2011; KHAMLUB et al., 2013; MUNYEWENDE; RISPEL; CHIRWA, 2014; LIMA et al., 2014; PINTO et al., 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da satisfação no trabalho dos profissionais de saúde que atuam na ESF permitiu identificar que a satisfação é um fenômeno complexo com dimensão subjetiva, mas que tem forte relação com características do próprio processo de trabalho, como é organizado e sob que condições e relações.

São muitos os aspectos satisfatórios elencados pelos profissionais que atuam na ESF, porém, após a análise dos dados pode-se condensá-los no gostar do que faz, no estabelecimento de boas relações e no reconhecimento profissional.

Os resultados mostraram que o próprio modelo assistencial da ESF pode contribuir positivamente na satisfação, em especial nas situações em que há identidade dos profissionais com os princípios que norteiam esse modelo. No entanto, as condições de trabalho podem influenciar positiva ou negativamente em como é realizado e na percepção da satisfação.

O trabalho na ESF, além de consumir um tempo de dedicação significativo da vida dos profissionais de saúde, é essencialmente um trabalho em equipe, envolvendo diferentes profissionais e trabalhadores, e deve ser desenvolvido na perspectiva interdisciplinar. O estabelecimento de boas relações que se estabelecem dentro da equipe e com os próprios usuários foi outra indicação dos participantes deste estudo como promotor de satisfação. Para isso há necessidade de atuarem para manutenção da cooperação no seu local de trabalho, com vistas a superarem os conflitos rotineiros das práticas assistenciais.

A satisfação se efetiva também no reconhecimento pelo trabalho realizado. O reconhecimento advindo da equipe, dos usuários e da própria gestão em saúde é uma alternativa para oportunizar ao profissional a capacidade de se ver na obra que realiza, de sentir-se protagonista das ações assistenciais em saúde, de saber que sua atuação é imprescindível para o bom funcionamento do serviço.

O entendimento acerca da satisfação no trabalho pode variar, ainda, de acordo com determinadas categorias profissionais, e os diferentes contextos político-institucionais onde se desenvolvem as práticas em saúde, acrescentando ou excluindo elementos aqui descritos.



No entanto, este estudo não teve por objetivo analisar semelhanças e diferenças por categoria profissional, sinalizando para a possibilidade de novos estudos nessa temática.

Os resultados contribuem ainda para uma explicação da satisfação no trabalho profissional em saúde e poderão ser úteis para melhorias nas relações institucionais com os profissionais, principalmente no tocante aos processos avaliativos, que em sua maioria acontecem considerando o trabalho prescrito, e não os aspectos do trabalho real e muito menos a subjetividade de quem realiza.

No entanto, como os dados foram coletados apenas no cenário do trabalho na ESF, a possibilidade de transferência para outros espaços assistenciais é limitada. O resultado de uma pesquisa do tipo qualitativo, apesar de não dizer respeito apenas ao contexto do estudo, ela também não é a ele limitada. Neste sentido, outros estudos nesta temática poderão ser desenvolvidos tendo como referência o percurso teórico metodológico aqui utilizado.

## REFERÊNCIAS

ATLAS.TI. **Atlas.ti Qualitative Data Analysis**. Version 7.5.10. Atlas.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude\\_familia\\_no\\_brasil\\_uma\\_analise\\_indicadores\\_selecionados\\_1998\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf)>. Acessado em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Atenção Básica e Saúde da Família**.

2015a. Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde.

**Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Consultas, estabelecimentos por localização geográfica. 2015b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

CORTELLA, M. S. **Qual é a tua obra?:** inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

DEJOURS, C.; ADOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho:** Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e Trabalho. Tradução Maria Irene Stocco Betiol. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 27-34, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acessado em: 10 abr. 2014.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social.** Trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

DEJOURS, C. **Trabalho, tecnologia e organização.** Avaliação do trabalho submetida à prova do real. Crítica aos fundamentos da avaliação. São Paulo: Blucher, 2008.

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **Cult**, São Paulo, n. 139, p. 49-53, set. 2009. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/reencantar-o-trabalho/>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. Tradução de Gustavo A. Ramos Mello Neto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acessado em: 11 mar. 2014.

DELOBELLE, P. et al. Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67 n. 2, p. 371-83, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21044134>>. Acessado em: 30 mai. 2013.

DOEF, M.; MBAZZI, F. B.; VERHOEVEN, C. Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among **East African nurses**. *Journal of Clinical Nursing*, v. 21 n. 11-12, p. 1763–1775, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03995.x/epdf>>. Acessado em: 20 ago. 2014.

FARAGHER, E.B; CASS, M; COOPER, C.L. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. **Occupational & Environmental Medicine**, London, v. 62, p. 105-112, 2005. Disponível em: <<http://oem.bmj.com/content/62/2/105.full.pdf+html>>. Acessado em: 25 jan. 2015.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acessado em: 13 out. 2014.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. London: 2.nd. Sage, 2014.

GARCIA, A. C. P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde debate**, v. 38, número especial, 2014, p. 221-236. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0221.pdf>>. Acessado em: 17 ago. 2015.

GIRARDI, S. et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010. Disponível em: <[https://www.academia.edu/401484/O\\_Trabalho\\_Precario\\_em\\_Saude\\_t](https://www.academia.edu/401484/O_Trabalho_Precario_em_Saude_t)

endencias\_e\_perspectivas\_na\_Estrategia\_Saude\_da\_Familia>. Acessado em: 08 out. 2014.

HAMERMESH, D. The changing distribution of job satisfaction. **Journal of Human Resources**. Madison, v. 36, p. 1-30, 2001. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w7332.pdf>>. Acessado em: 19 ago. 2014.

JABBARI, H. et al. Relationship between job satisfaction and performance of primary care physicians after the family physician reform of east Azerbaijan province in Northwest Iran. **Indian J Public Health**. v. 58, n. 4, p. 256-260, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25491517>>. Acessado em: 11 mar. 2015.

KHAMLUB, S. et al. Job satisfaction of health-care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamsai Province, Lao PDR. **Nagoya J Med Sci**. v. 75, p. 233-41, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345678/pdf/2186-3326-75-0233.pdf>>. Acessado em: 26 nov. 2014.

LIMA, L.T. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf>>. Acessado em: 30 abr. 2014.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Observa RH, 2011. v. 1, p. 103-116. Disponível em: <[http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6\\_10\\_2014\\_\\_0\\_livro\\_o\\_trabalho\\_em\\_saude.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6_10_2014__0_livro_o_trabalho_em_saude.pdf)>. Acessado em: 08 out. 2014.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 30. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/04/Redes-de-Atencao-condicoes-cronicas.pdf>>. Acessado em: 12 jul. 2014.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORSE, J. **Assuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.** Medellín: Universidad de Antioquia, 2003.

MUNYEWENDE, P. O.; RISPEL, L.C.; CHIRWA, T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. **Hum Resour Health** v. 12, n. 27, p. 1-14, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4024627/>>. Acessado 23 abr. 2015.

OJAKAA, D.; OLANGO S.; JARVIS, J. Factors affecting motivation and retention of primary health care workers in three disparate regions in Kenya. **Hum Resour Health**, v. 33, n. 12, p. 12-33, 2014. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/12/1/33>>. Acessado em: 21 mai. 2015.

PINTO, I. C. et al. Analysis of job satisfaction of the nursing staff of a primary health care unit. *Rev. Gaúcha Enferm.* v. 35, n. 4, p. 20-27, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt\\_1983-1447-rgenf-35-04-00020.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00020.pdf)>. Acessado em: 18 out. 2015.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2 ed. São Paulo: Anna Blume, 2008, p. 254.

PIRES, D. E. P. et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n. 2, p. 373-379, 2010a. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n2/pdf/v12n2a23.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/pdf/v12n2a23.pdf)>. Acessado em: 29 mar. 2013.

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. L. Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável. In: Congresso

Brasileiro de Enfermagem, 62, **Anais**. Florianópolis: CBen, 2010, p. 33-46.

PIRES, D. E. P. et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 157-168, mar., 2012a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a21v33n1.pdf>>. Acessado em: 25 out. 2014.

PIRES, D. E. P. et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.2, p.45-59, 2012b. Disponível em: 10 mar. 2014. Acessado em: 12 mai. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Tradução de Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SHI, L. et al. Factors associated with job satisfaction by Chinese primary care providers. *Prim Health Care Res Dev.*, v. 15, n. 1, p. 46-57, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23388523>>. Acessado em: 09 abr. 2015.

SOUSA-POZA, A; SOUSA-POZA, A.A. Well-being at work: A cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. **Journal of Socio-Economics**. Philadelphia, v.29, p. 517-538, 2000. Disponível: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053535700000858>>. Disponível em: 15 fev. 2015.

TRINDADE, L.L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf)>. Acessado em: 10 fev. 2014.

#### 4.4 ARTIGO 2: INSATISFAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

##### PROFESSIONAL DISSATISFACTION IN THE BRAZILIAN FAMILY HEALTH STRATEGY

##### INSATISFACCIÓN DE PROFESIONALES EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR EN BRASIL

Jacks Soratto

Denise Elvira Pires de Pires

**RESUMO:** Este estudo tem por objetivo identificar e analisar aspectos do processo de trabalho geradores de insatisfação nos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado nas cinco regiões geográficas do Brasil, com 27 equipes de Saúde da Família, lotadas em 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando 76 participantes. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, observação e estudo documental. O tratamento e interpretação dos dados foi realizado articulando a Análise Temática de Conteúdo e recursos do *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti 7.0 com suporte das teorias marxista de processo de trabalho e de satisfação no trabalho de Christophe Dejours. Os resultados indicaram que os principais aspectos geradores de insatisfação no trabalho estão relacionados às seguintes categoriais: gestão do trabalho em saúde; relações com a equipe e usuários e excesso de trabalho. A gestão do trabalho em saúde agregou os seguintes fatores: estrutura física inadequada, falta de recursos materiais, déficit salarial, falta de valorização do trabalho, problemas na gestão e jornada de trabalho excessiva. A categoria relações com a equipe e usuários articula os seguintes fatores que produzem insatisfação: violência, falta de conhecimento da ESF, postura do usuário, falta de qualificação da equipe e deficiência na organização do trabalho. Por fim, na categoria excesso de trabalho consta: sobrecarga de trabalho, excesso de demanda e burocracia. Conclui-se que as manifestações de insatisfação dos profissionais que atuam na ESF são influenciadas significativamente pelas condições de trabalho, por fragilidades na gestão e por problemas no âmbito das relações de trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Condições de trabalho. Pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT:** This study aimed to identify and analyze aspects generating dissatisfaction in the work process of professionals who work in the Brazilian Family Health Strategy. A qualitative study was conducted in five geographical regions of Brazil, with 27 family health teams, working in 11 Basic Health Units, totaling 76 participants. The data were collected using semi-structured interviews, observation and documentary research. The treatment and interpretation of the data were performed by articulating thematic content analysis and *software* resources for qualitative data analysis using Atlas.ti *software*, with support from Marxist theory on health work process, and the theory of job satisfaction of Christophe Dejours. The results indicated that the major causes of dissatisfaction at work were related to the following categories: health work management; relationships with the team and patients; and over work. Health work management aggregated the following factors: inadequate physical infrastructure, lack of material resources, salary deficit, undervaluing the work, management problems and excessive work hours. The category, relations with team and patients, articulated the following factors that produced dissatisfaction: violence, lack of knowledge of the FHS, patient posture, lack of team qualifications, and disorganized work conditions in work organization. Lastly, the category of over work showed: work overload, excessive demand, and bureaucracy. The conclusion is that the dissatisfaction demonstrated by professionals working in the FHS are significantly influenced by the working conditions, management weaknesses, and problems within employment relationships.

**KEYWORDS:** Primary Health Care. Unified Health System. Family Health Strategy. Working conditions. Qualitative research.

**RESUMEN:** Este estudio tiene por objetivo identificar y analizar aspectos del proceso de trabajo generadores de insatisfacción en los profesionales que actúan en la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en Brasil. Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, realizado en cinco regiones geográficas del país, con 27 equipos de Salud de la Familia, situadas en 11 Centros de Salud, totalizando 76 participantes. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas semiestructuradas, observación y estudio documental. El tratamiento e interpretación de los datos fue realizado articulando el Análisis Temático de Contenido y



recursos del *software* para análisis de datos cualitativos Atlas.ti 7.0 con soporte de las teorías marxista de proceso de trabajo y de satisfacción en el trabajo de Cristophe Dejours. Los resultados indicaron que los principales aspectos generadores de insatisfacción en el trabajo están relacionados a las siguientes categorías: administración del trabajo en salud; relaciones con el equipo y usuarios; y el exceso de trabajo. La administración del trabajo en salud ha agregado los siguientes factores: estructura física inadecuada, falta de recursos materiales, déficit salarial, falta de valoración del trabajo, problemas en la gestión y jornada laboral excesiva. La categoría relaciones con el equipo y usuarios articula los siguientes factores que producen insatisfacción: violencia, falta de conocimiento de la ESF, postura del usuario, falta de cualificación del equipo y deficiencia en la organización del trabajo. Por fin, en la categoría exceso de trabajo consta: sobrecarga de trabajo, exceso de demanda y burocracia. Se concluye que las manifestaciones de insatisfacción de los profesionales que actúan en la ESF son influenciadas significativamente por las condiciones de trabajo, pro fragilidades en la administración y por problemas en el ámbito de las relaciones de trabajo.

**PALABRAS-CLAVE:** Atención Primaria de Salud. Sistema Único de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Condiciones de trabajo. Investigación cualitativa.

## INTRODUÇÃO

O trabalho pode ser uma fonte de satisfação e de criação quando o trabalhador, ao transformar determinado objeto de trabalho para atender necessidades, consegue se ver na obra (MARX, 2012). Ou também quando “o trabalhador consegue inventar soluções convenientes” no enfrentamento de ações prescritivas das organizações (DEJOURS, 2012, p. 365).

No entanto, na maioria das vezes, no cotidiano da sociedade atual, o trabalho tem sentido de *labor*, que se refere a uma ação árdua e prolongada, geralmente usada para tarefas de força e trabalhos manuais. Sob o ponto de vista etimológico a palavra trabalho reporta-se a sofrimento, castigo e dor, provém do vocábulo latino *tripalium*, que significa instrumento de tortura usado na Roma antiga (CORTELLA, 2012; FUNARI, 2013).

O trabalho sempre teve um papel central na história da humanidade. Seja quando homens e mulheres buscavam transformar a natureza para a obtenção de alimentos e recursos necessários a sua

sobrevivência, seja quando passaram a utilizar o trabalho como fonte de renda. No sentido formulado por Marx (2012), o trabalho humano pode ser entendido como uma ação transformadora com intencionalidade, mediada por instrumentos de trabalho apropriados para a obtenção de determinados produtos (materiais ou imateriais) úteis para a sua vida ou para a vida em sociedade.

Dialeticamente o trabalho pode proporcionar saúde e satisfação, mas também pode causar alienação, insatisfação e adoecimento (DEJOURS, 2006a).

No mundo atual, além do crescimento do desemprego e do subemprego, também cresce a insatisfação nos que continuam a trabalhar (DEJOURS, 2006a, 2009, 2012; HAMERMESH, 2001; SOUSA-POZA; SOUSA-POZA, 2000). O trabalho em saúde também pode ser fonte de satisfação e insatisfação, com reflexos diretos na assistência em saúde e na vida do profissional.

A literatura registra diversos estudos que mencionam fatores causadores de insatisfação no trabalho em saúde e também no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS). Dentre eles encontra-se: o trabalhar em local que não é de sua escolha, a sobrecarga de trabalho e a violência (MUNYEWENDE; RISPEL; CHIRWA, 2014); os conflitos nas relações de trabalho e problemas na estrutura organizacional dos serviços (KHAMLUB et al, 2013); condições salariais insuficientes, excesso de carga horária e inexistência de plano de carreira (SHI, et al., 2014); situações que limitam a autonomia do profissional e problemas na cooperação com os colegas de trabalho (MCCRAE et al., 2008; KORAC et al., 2010). Este último estudo concluiu, também, que os médicos que trabalhavam na APS eram mais satisfeitos que aqueles que trabalhavam no hospital.

O trabalho em saúde, e dos profissionais que atuam na ESF, é complexo e demanda capacitação especial, assim como a disponibilidade de condições adequadas para o seu exercício em padrões seguros, de boa qualidade e economicamente suportáveis. Assim o cenário onde se realiza, incluindo os meios de trabalho, as condições e relações interferem na satisfação e nas possibilidades de adoecer, assim como de viver e trabalhar de forma saudável.

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) alicerça-se nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e, atualmente, integra a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012; MENDES, 2012).

Os avanços que a ESF trouxe para o setor saúde e para a população são significativos, melhorando o acesso aos serviços e alguns

indicadores de saúde, como redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal por tetravalente em crianças menores de um ano, maior controle da hipertensão arterial sistêmica resultando na redução das internações em decorrência de problemas cardiovasculares, dentre outros (BRASIL, 2008, 2012; MENDES, 2012).

Atualmente o Brasil possui quase 40 mil equipes de saúde da família (eSF), que estão presentes em mais de 97% das cidades brasileiras, representando quase 15% de todos os estabelecimentos de saúde existentes no Brasil. Esses números a colocam dentre os principais serviços da área da saúde e também um dos principais locais de emprego dos profissionais de saúde (BRASIL, 2015ab). O que mostra a relevância dos estudos voltados para quem realiza o trabalho nestes espaços assistenciais.

A ESF é formada por uma equipe multiprofissional que é responsável pela assistência a uma população de até 4 mil pessoas, e que realiza ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de manutenção e recuperação da saúde. A PNAB prevê, ainda, que o trabalho dos profissionais da ESF deve considerar as diretrizes de universalidade de acesso, integralidade da assistência e controle social, assim como prover acolhimento com escuta qualificada e assistência centrada na avaliação das necessidades de saúde da população da área adscrita (BRASIL, 2012).

Apesar de se ter uma prescrição das ações que devem ser realizadas na ESF no Brasil, na prática existem inúmeras diferenças, tendo em vista os vários contextos geográficos, principalmente no tocante às estruturas físicas, salariais e capacidade de resolutividade da assistência (ALVES, 2014).

Dentre os estudos que abordam a insatisfação dos profissionais de saúde, poucos tratam da insatisfação na APS, e menos ainda na ESF no Brasil. Os que tratam do tema têm relacionado a insatisfação à carga de trabalho, à instabilidade no emprego, aos baixos salários e à ausência de uma maior definição das competências no trabalho (BUCIUNIENE; BLAZEVICIENE; BLIUDZIUTE, 2005; FERRER; BENEDICTO, 2007; TELES et al., 2014).

Outros ainda mencionam o aumento das cargas de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na ESF. Cargas de trabalho no sentido de complexos elementos que se inter-relacionam no processo de trabalho e que são geradores de sobrecarga, podendo resultar em desgaste e adoecimento (PIRES et al., 2012; TRINDADE; PIRES, 2013).

Destaca-se, ainda, a publicação de Lima et al. (2014) que analisa a satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde que atuam em dois modelos assistenciais vigentes na atenção básica (tradicional e ESF) em uma região do sul do Brasil. O estudo refere à existência de macroproblemas de ordem estrutural, política, cultural e de déficit de investimentos financeiros e na rede assistencial como fatores que podem aumentar as cargas de trabalho e que colaboram para a insatisfação dos profissionais que atuam nas equipes.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo identificar e analisar aspectos do processo de trabalho geradores de insatisfação nos profissionais que atuam na ESF no Brasil.

## **MÉTOD**

Trata-se de um estudo qualitativo (FLICK, 2009; MORSE, 2003; MINAYO, 2010; POLIT; BECK, 2011), alicerçado nos preceitos teóricos do materialismo histórico-dialético de Karl Marx (MARX, 2012) e nas reflexões sobre a insatisfação no trabalho proposta por Christophe Dejours (DEJOURS; DESSORS; DESRLAUX, 1993; DEJOURS, 2004, 2006a, 2008, 2009, 2012).

Os participantes e o local da pesquisa foram selecionados de acordo com um dos critérios utilizados em pesquisas qualitativas, a saber, a intencionalidade, que consiste na decisão do pesquisador de escolher “os casos ou os tipos de casos que podem contribuir mais para as necessidades de informação do estudo” (POLIT; BECK, 2011, p. 354).

Os critérios para inclusão foram: Unidades Básica de Saúde (UBS) com Saúde da Família das cinco regiões geográficas do Brasil: Sul (S), Centro-oeste (CO), Norte (N), Sudeste (SE) e Nordeste (NE) incluindo, no mínimo, um município e estado em cada região; eSF de boa qualidade segundo informações da gerência, profissionais ou lideranças das diferentes regiões; profissionais das diferentes categorias que compõem as eSF estudadas; eSF que dispuseram, no mínimo, de todos os componentes da equipe mínima conforme preconizado pela PNAB (BRASIL, 2012).

Os critérios de exclusão foram: UBS nas quais convivem os dois modelos assistenciais, ou seja, o modelo de assistência tradicional e a ESF; trabalhadores das equipes que não eram profissionais de saúde, excluindo, portanto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhadores da área administrativa, limpeza e apoio.

A amostra foi considerada suficiente pelo critério de saturação dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008; POLIT; BECK, 2011) e contou com setenta e seis [76] participantes de vinte e sete (27) eSF lotadas em onze [11] UBS de seis [6] municípios, distribuídos nas cinco [5] regiões geográficas do país.

A coleta de dados aconteceu entre novembro de 2010 e abril de 2014 mediante triangulação de instrumentos (FLICK, 2009; MINAYO, 2010; POLIT; BECK, 2011), envolvendo: entrevistas semiestruturadas [76], notas de observação [44] e análise documental [32]. Para coleta de dados foram utilizados roteiros previamente elaborados.

Os dados foram inseridos no *software* para análise de dados qualitativos *Atlas.ti 7.0* (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015). O processo de análise foi alicerçado na análise de conteúdo temática associada aos recursos do *software* e orientado pelo referencial teórico escolhido.

A análise temática de conteúdo possui três fases: “pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação” (BARDIN, 2011, p. 125).

A *primeira fase* [pré-análise] consiste na escolha dos “documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 2011, p.125).

Na *segunda fase* [exploração do material] objetivou-se alcançar o aspecto central de compreensão do texto. Conforme Bardin (2011, p. 131), trata-se de uma “fase longa e fastidiosa, que consiste essencialmente em operações de codificações, decomposição ou numeração”. Nesta etapa os dados foram inseridos no *software* Atlas.ti.

Para a análise foram inseridas as 76 entrevistas e 5 notas de observação resultantes de uma síntese por região, totalizando, na linguagem do *software*, 81 *primary documents* [documentos primários]. Os dados obtidos no estudo documental foram inseridos no *software* na forma de *coments* [comentários] e articulados à análise. Cada documento foi lido exaustivamente e os trechos significativos, ou seja, as citações [*quotations* na linguagem do *software*], foram selecionadas e atribuídos a cada uma um *code* [palavra ou conjunto de palavras] de acordo com o objetivo da pesquisa e a teoria de suporte.

Na *terceira fase* [interpretação], os “resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos”, permitindo “estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras” (BARDIN, 2011, p. 131). Nessa etapa foram realizadas associações de *codes* e construídas categorias de análise utilizando o recurso de formação de *families* [famílias] disponível no *software*. Assim como foi elaborada

uma figura síntese dos resultados utilizando o recurso de formação de *networks*.

A coleta de dados respeitou todos os preceitos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos, bem como também respeitou todas as diretrizes legislativas brasileiras vigentes. A presente pesquisa contou com dois pareceres de aprovação, a saber: 971 FR: 366844 e 723.695. O anonimato dos participantes foi garantido por meio de um código alfanumérico composto pelas iniciais da profissão e da região geográfica seguido de um número cardinal. As notas de observação foram identificadas pela abreviatura *Obs.* seguida da região geográfica (*Obs. SE*).

## **RESULTADOS**

No que diz respeito ao perfil dos participantes predominou o sexo feminino [84,2%]; a enfermagem como principal profissão [55,3%]; faixa etária de 30 a 39 anos [40,8%]; sendo a maioria de nível superior [47,4%]; tempo de experiência profissional maior de cinco anos [77,6%]; tempo de experiência na ESF de um a quatro anos [46%]; o regime empregatício pautado em concurso público e estatutário [65,8%]; com vínculo único [56,6%] e com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais [56,6%]. Porém, destaca-se um número significativo de participantes com duplo vínculo e com jornada superior a 40 horas semanais.

As informações obtidas na observação e no estudo documental foram adotadas como fonte complementar, porém não menos importante. Estes dados serviram, também, para identificar fragilidades no processo de trabalho, bem como constatar as deficiências estruturais da maioria das UBS pesquisadas.

Os resultados demonstram a existência de inúmeros fatores que geraram insatisfação nos profissionais que atuam na ESF no Brasil. Do conjunto de citações relativas à insatisfação, verificou-se que a grande maioria estava relacionada a um total de 14 fatores principais, os quais estão sintetizados na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da quantidade de *quotations* (n=191) de acordo com os *codes* (26) de insatisfação no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do Brasil.

Codes	Quotations	
	n	%
falta de recursos materiais	26	13,6
estrutura física inadequada	22	11,5
falhas na gestão	21	11,0
falta de valorização do trabalho	18	9,4
déficit salarial	14	7,3
postura do usuário	12	6,3
excesso de demanda	11	5,8
jornada de trabalho	10	5,2
falta de conhecimento da ESF	9	4,7
burocracia	8	4,2
violência	5	2,6
sobrecarga de trabalho	5	2,6
organização da equipe e UBS	5	2,6
falta de qualificação da equipe	5	2,6
outros (1)	20	10,5
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

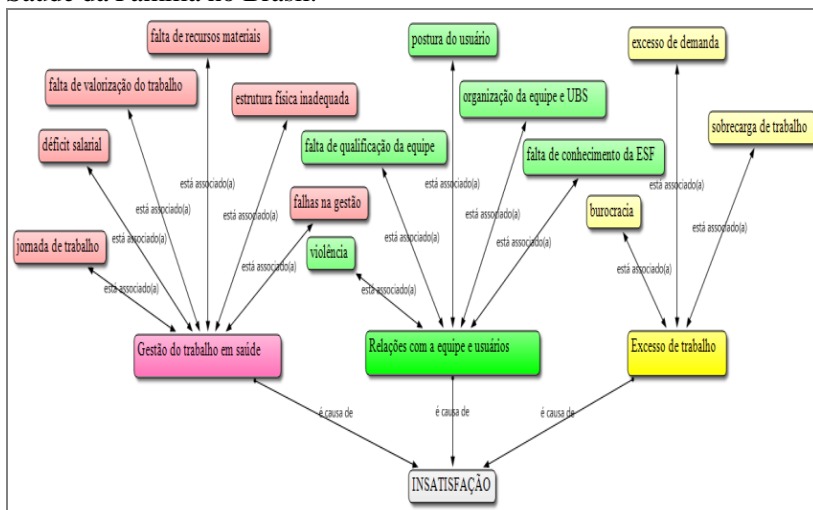
Fonte: dados da pesquisa.

(1) *Codes* de insatisfação associados a menos de 5 *quotations*.

Dentre esses fatores alguns predominaram mais em uma região geográfica ou em uma determinada categoria profissional, mas estiveram presentes em todas as regiões e profissões. Na tabela, os *codes* com número inferior a 5 *quotations* foram agrupados como outros [medo de perder o emprego, morar longe da UBS, etc.], e se caracterizam como resultado de experiências individuais e/ou de situações específicas presentes nas rotinas de trabalho dos profissionais.

Os *codes* foram estruturados em três categorias: gestão do trabalho em saúde, excesso de trabalho e relações com a equipe e usuários. A figura 1, a seguir, mostra a síntese dos resultados articulando *codes* com *quotations*.

Figura 1 – Relações dos principais *codes* que representam fatores geradores de insatisfação no trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil.



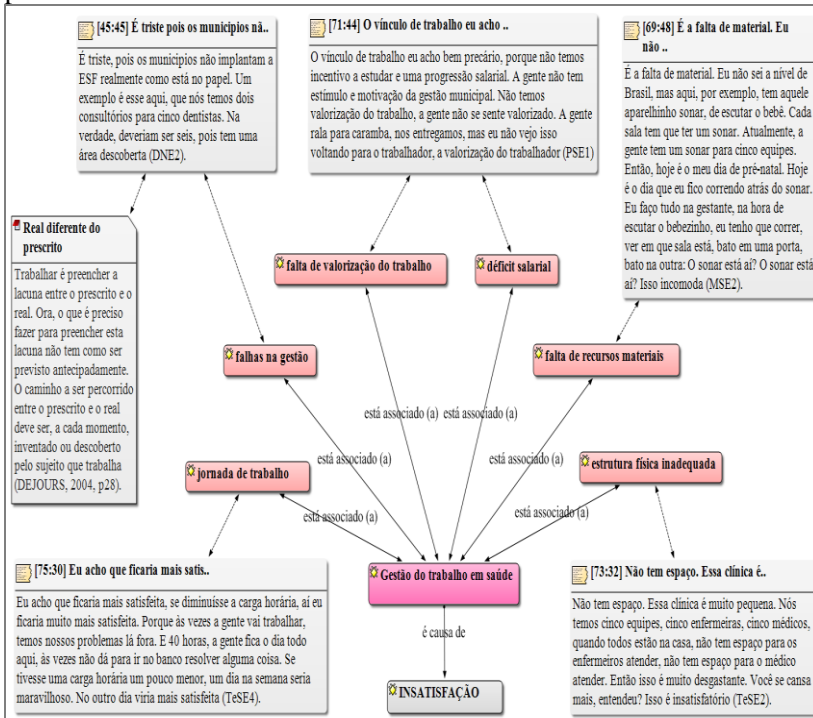
Fonte: Produzido pelos autores com auxílio do Atlas.ti (2015).

## Gestão do trabalho em saúde

Essa categoria representa mais de 58% das citações (*quotations*) e agrega os seguintes motivos de insatisfação dos profissionais que atuam na ESF no Brasil, sintetizados por uma palavra ou conjunto de palavras (*codes*): estrutura física inadequada, falta de recursos materiais, falhas na gestão, jornada de trabalho excessiva, falta de valorização do trabalho e déficit salarial. A figura 2, na página a seguir, sintetiza a categoria gestão do trabalho em saúde, e demonstra um exemplo de *memo* (teórico) ligado a *quotation* do *code* falhas na gestão.



Figura 2 – Gestão do trabalho em saúde como insatisfação dos profissionais da ESF.

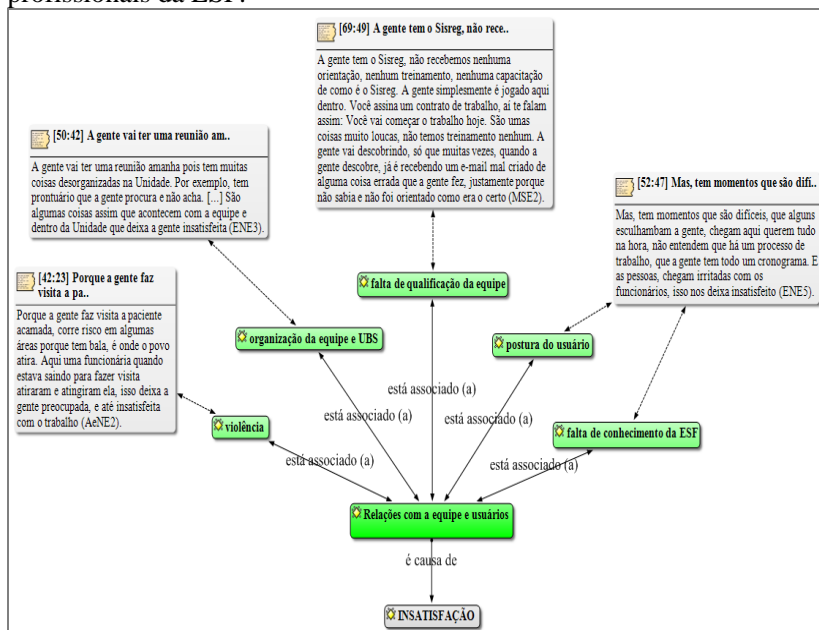


Fonte: Produzido pelos autores com auxílio do Atlas.ti (2015).

## Relações com a equipe e usuários

Essa categoria representa mais de 19% das *quotations* e agrega os seguintes *codes*: postura do usuário, falta de conhecimento da ESF, falta de qualificação e preparo da equipe, problema na organização da equipe e da UBS e violência. A figura 3, a seguir, sintetiza essa categoria e demonstra as relações com a equipe e usuários.

Figura 3 – As relações com a equipe e usuários como insatisfação dos profissionais da ESF.

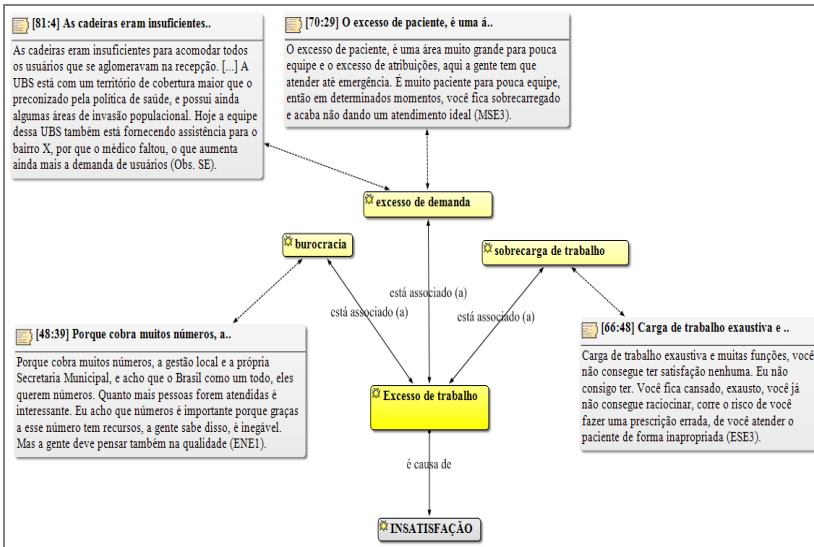


Fonte: Produzido pelos autores com auxílio do Atlas.ti (2015).

## Excesso de trabalho

Essa categoria representa mais de 12% das *quotations* e agrega as seguintes *codes*: sobrecarga de trabalho, excesso de demanda, burocracia. A figura, na página seguir, ilustra as relações entre *codes* e *quotations* e notas de observação.

Figura 4 – O excesso de trabalho como insatisfação dos profissionais da ESF.



Fonte: Produzido pelos autores com auxílio do Atlas.ti (2015).

## DISCUSSÃO

Os resultados indicam a insatisfação dos profissionais que atuam na ESF vinculada a três aspectos: problemas de gestão, relações estabelecidas no ambiente de atuação da prática assistencial e excesso de trabalho.

### Gestão do trabalho em saúde

A insatisfação dos profissionais que atuam na ESF possui uma forte ligação com a gestão do trabalho em saúde na atenção básica. Neste estudo, essa categoria de análise articulou o maior número de fatores geradores de insatisfação no trabalho dos profissionais das eSF.

A maioria dos fatores relacionados à gestão do trabalho diz respeito às condições de trabalho, incluindo fatores como: jornada de trabalho excessiva, déficit salarial, falta de recursos materiais e estrutura física inadequada.

A expressão condições de trabalho engloba vários elementos relativos ao meio no qual o trabalho se desenvolve. Inclui a força de trabalho, considerando número, qualificação e papel desempenhado no

processo de produção [empregador, assalariado, cooperado]. Se assalariado, envolve relações contratuais, salário, jornada, benefícios trabalhistas e regras relativas à aposentadoria e proteção ao trabalho. Integram, ainda, as condições de trabalho os instrumentos de trabalho em quantidade e qualidade, além das condições institucionais e dos conhecimentos para operá-los (PIRES, LORENZETTI, FORTE, 2015).

A jornada de 40 horas semanais, considerada como excessiva, foi ressaltada como elemento insatisfatório para os profissionais que atuam na ESF, colaborando para um aumento da sobrecarga de trabalho. Cabe ressaltar que para alguns a jornada é ainda maior devido ao duplo e até triplo vínculo. Ou seja, o tempo dedicado ao trabalho ocupa grande espaço na vida destes profissionais.

A conciliação entre o tempo dedicado ao trabalho e à vida pessoal e/ou familiar está intrinsecamente relacionada ao conceito de trabalho decente e afeta a qualidade de vida do profissional e das pessoas que os circundam (DEJOURS, 2012; GUIMARÃES, 2012). No mesmo sentido, outros autores também ressaltam a relação entre jornada excessiva, sobrecarga e impactos na assistência e na vida pessoal do trabalhador (SILVA et al., 2006; BATTAUS et al., 2011; PIRES, 2008; PIRES et al., 2012).

A maioria dos participantes da pesquisa tem um vínculo trabalhista seguro, o que vai ao encontro de estudos que sustentam uma diminuição da prática de trabalho precário na contratação direta das ESF (GIRARDI et al., 2010; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011). Mesmo diante dessa situação, o déficit salarial e principalmente a ausência de um plano de cargos e salários que considerasse seu tempo de profissão e nível de formação foi outro aspecto de destaque que contribui para a insatisfação profissional na ESF.

No Brasil a incorporação do plano de cargos e salários para os profissionais de saúde no âmbito da ESF ainda é frágil, apenas 21% dos profissionais possuem (SEIDL et al., 2014). Isso indica a necessidade de investimentos por parte das gestões municipais no tocante a decisões políticas para que essa proposta de valorização profissional se efetive na prática dos serviços.

Outros aspectos geradores de insatisfação, relacionados a condições de trabalho, dizem respeito a déficits na estrutura física e instrumentos de trabalho encontrados nas Unidades Básicas de Saúde onde atuam as eSF.

Em relação à estrutura física, verificou-se a ausência de ampliações de UBS em locais com extrema necessidade estrutural; atrasos para reformas das UBS; consultórios odontológicos interditados

por mais de três anos, pois a cadeira odontológica estava quebrada; falta de planejamento licitatório para aquisição de insumos e medicamentos; dificuldades estruturais que interferem na realização de exames necessários aos usuários dos serviços ou no atendimento especializado, entre outros problemas que repercutem diretamente na efetividade da assistência prestada.

Um dos principais objetivos da gestão voltada à ESF é a funcionalidade dos serviços. Para que as ações da ESF aconteçam conforme a PNAB preconiza, tem-se a necessidade primeiramente da garantia de elementos essenciais como: a existência de estrutura física adequada e de materiais necessários para assistência em saúde em condições favoráveis de uso.

O conceito de ambiência adotado pelo Ministério da Saúde como uma prescrição para a construção das ESF, e que significa na prática a construção de um espaço físico para atenção à saúde acolhedor e humano, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários (BRASIL, 2008), não foi encontrado na maioria dos locais que participaram deste estudo.

A ausência de materiais e sua interferência na oferta adequada da assistência resultando em prejuízos e, em alguns casos, até a interrupção da assistência em saúde também foi ressaltada em estudo de Liu e colaboradores (2012).

Déficits neste conjunto de fatores relacionados a condições de trabalho contribuem para a insatisfação do usuário e conseqüentemente do profissional que não consegue dar a resposta desejada. Dificultam, ainda, que o profissional se veja na obra que realiza. Considerando que “trabalhar não é apenas produzir, é também transformar a si mesmo [...], é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para se realizar” (CORTELLA, 2012; DEJOURS, 2004, p. 30).

Integram ainda os fatores relacionados à gestão do trabalho que causam insatisfação nos profissionais da ESF a falta de valorização profissional pela equipe, por gestores ou até pelos usuários. Essa valorização implica ações de políticas salariais, mas também o reconhecimento pelo trabalho realizado. A valorização do trabalho é de fundamental importância para um trabalho satisfatório, e deve contemplar os esforços, as dúvidas, as decepções e os desânimos do profissional (DEJOURS, 2006a; 2012).

O valorizar não consiste somente em enquadrar o profissional com base em resultados quantitativos, mas valorizar a qualidade e intensidade de suas ações. O valorizar inclui reconhecer o profissional como uma pessoa, com aptidões e contribuições singulares nas ações

que desempenha. Exige, ainda, “o reconhecimento do fazer conferindo um acréscimo àquele que dele se beneficia, um pertencimento coletivo, a uma equipe ou a um ofício e não deve consistir em julgamentos da pessoa que trabalha, mas sobre o fazer, sobre o trabalhar” (DEJOURS, 2004, p. 33).

Considerando a importância da categoria *gestão em saúde* na insatisfação dos profissionais da eSF, cabe ressaltar que a gestão no setor tem sido um problema reconhecido na literatura e no âmbito dos sistemas de saúde, no país e no cenário internacional. E que estes problemas têm consequências diretas para os usuários e profissionais.

Segundo diversos autores (MENDES, 2012; SEIDL et al., 2014; LORENZETTI et al., 2014) a realidade do setor saúde brasileiro conta com escassez de recursos, com gestores despreparados e com pouco conhecimento das políticas de saúde e até descomprometidos com profissionais e população assistida. Existe, ainda, a alta rotatividade de gestores comprometidos e capacitados por questões meramente políticas, dificultando a continuidade de boas práticas e a prestação de serviços de melhor qualidade.

A falta de comprometimento e planejamento dos gestores na continuidade das ações em saúde, atrelada à influência política nos serviços, dificulta a implementação da PNAB como está prescrita. Isso reflete no cotidiano assistencial da ESF e dificulta sua capacidade de resolutividade.

### **Relações com a equipe e usuários**

A segunda categoria que agrega os fatores de insatisfação diz respeito às *relações* que acontecem no *locus* de assistência, entre os próprios profissionais e entre profissionais e usuários.

A ESF se constitui em uma proposta de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde, pautado no paradigma da ciência positivista. Esse modelo fragmentado, tecnicista, hospitalocêntrico e centrado na doença, se mostrou incapaz de atender, com eficiência e justiça, as necessidades de saúde da população (MENDES, 2012; SORATTO et al., 2015).

Para atuação na ESF é requerida equipe multidisciplinar, que possui atribuições específicas. Essa equipe deve trabalhar com objetivo de assistir uma população adscrita ofertando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, cura e recuperação da saúde (BRASIL, 2012). Levando em consideração a convivência com uma equipe multiprofissional e um quantitativo variado de usuários, é comum que

aconteçam problemas nas relações. Faz parte desse ambiente coletivo de trabalho a vivência de conflitos.

A postura dos usuários, que algumas vezes desrespeitam os profissionais, não respondem positivamente ao tratamento proposto e também quando não entendem os preceitos estabelecidos no modelo de atenção da ESF, gera insatisfação nos profissionais pesquisados. Também geram insatisfação posturas dos próprios colegas e dos gestores que contradizem o modelo assistencial proposto.

A insatisfação do trabalhador referente à postura do usuário e também à forma de organização do trabalho na ESF implica a necessidade do profissional enfrentar essas dificuldades. Esse enfrentamento pode se dar de diversas formas, com consequências para o sujeito trabalhador. Nas palavras de Dejours (2004, p. 32), “dar sua contribuição e seu consentimento aos acordos normativos num coletivo implica, então, seguidamente, a renúncia a uma parte do potencial subjetivo individual, em favor do viver junto e da cooperação”. As insatisfações dos profissionais são manifestações individuais das circunstâncias que circundam o coletivo do trabalho na ESF.

Para reduzir a insatisfação dessas relações há necessidade de superar a ótica da produção do trabalho e aprender a conviver no trabalho. Pois o trabalho “funciona como meio possante de criar, de transmitir novos laços sociais de cooperação, ou ele destrói os laços sociais e provoca a desolação” (DEJOURS, 2012, p. 370). É no encontro do trabalho real, no trabalho coletivo que ele conseguirá superar suas insatisfações (DEJOURS, 2009).

Por outro lado, se faz necessário que os profissionais conheçam os princípios e diretrizes que regem o seu trabalho na ESF, e cooperem para inverter a lógica curativista que ainda prevalece nas práticas e organizações profissionais e também nas posturas dos usuários. Para mudança dessa situação se faz necessário uma atuação proativa por parte dos profissionais para inverter essa lógica de atenção.

Uma das alternativas é a Educação Permanente em Saúde (EPS) no *locus* de atuação, uma vez que colabora para melhorias dos processos organizativos e incorporar novos elementos que possam transformar as práticas de saúde (CECCIM; FERLA, 2008; BRASIL, 2012). A EPS é uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência, por meio do fomento à qualificação profissional com base nas demandas dos cotidianos locais.

Mesmo diante de todo o incentivo governamental de estímulo à EPS, as práticas assistenciais demonstram a necessidade de investimentos micro, principalmente, no tocante ao controle social em

saúde, além de decisões políticas de gestores municipais para a criação e manutenção de espaços para a qualificação das práticas de atenção à saúde.

Outro aspecto insatisfatório nesta categoria é a ausência de segurança para o exercício profissional, seja dentro da UBS ou fora dela. As competências de trabalho na ESF exigem do profissional atuação externa a UBS, em locais com maior incidência de criminalidade. Esses motivos fazem os profissionais, em alguns momentos, terem medo de trabalhar.

O avanço da criminalidade tem sido motivo de preocupação dos mais diversos setores. As ações criminosas que outrora estavam mais restritas às localidades periféricas hoje não escolhem local, classe social ou grupos, de modo que a sociedade como um todo vive o temor da insegurança.

Na saúde, a luta por um local seguro é entendida como um aspecto que pode proporcionar qualidade de vida às pessoas, e no setor tem sido objeto de discussão desde a primeira conferência sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata em 1978. Porém, foi na primeira conferência internacional sobre promoção da saúde realizada em Ottawa em 1986 que ficou explícita a necessidade da criação de uma cultura de paz como parte das condições e recursos fundamentais para a saúde (BUSS; CARVALHO, 2009).

A política nacional de promoção da saúde brasileira também sustenta a necessidade de estimular a adoção de modos de viver não violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz, sendo esta uma responsabilidade também da ESF (BRASIL, 2010). Esse medo da insegurança gera condutas de autodefesa, prejudica a organização do trabalho, proporciona perda da satisfação e gera sofrimento (DEJOURS, 2006b).

### **Excesso de trabalho**

O último aspecto de insatisfação é o *excesso de trabalho*. A ESF está concebida como um dos locais mais importantes para a garantia do acesso universal em saúde. A equipe procura gerenciar esse acesso, marcando horários e definindo agendas de trabalho, contudo, a existência de áreas geográficas da ESF mal definidas, a sazonalidade e a cultura curativista também presente na população fazem com que a demanda aumente. Esse descontrole da demanda gera insatisfação aos profissionais.



O acolhimento da demanda espontânea é uma das atividades previstas na ESF, com vistas a favorecer o acesso à população adscrita. Envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles os serviços de atenção básica, em especial na ESF (BRASIL, 2012; 2013). Porém, esse gerenciamento dos fluxos, em muitas situações, torna-se de difícil administração, o que exige uma ação mais ampla por parte de gestores e profissionais para que os usuários possam ser acolhidos pela equipe. As ações podem consistir no redimensionamento de área geográfica, criação ou ampliação de novas UBS com Saúde da Família e contratação de mais profissionais.

Os resultados também indicam que aspectos burocráticos do funcionamento da ESF causam insatisfação. Na ESF o tempo de trabalho não é somente o dedicado às ações assistenciais, mas também a atividades do tipo administrativo, como a consolidação estatística da produção, preenchimento de relatórios, manutenção atualizada da solicitação de medicamentos e insumos, entre outros.

Apesar de estas atividades serem reconhecidas como importantes para o bom funcionamento dos serviços, na percepção do participantes da pesquisa não se enquadram como prioritárias como são as práticas assistenciais, e conseqüentemente geram insatisfação.

As demandas burocráticas na ESF são inúmeras, e isso tem cada vez mais retirado o tempo dos profissionais para a assistência em saúde, voltando-se para dedicação a ações administrativas, pautadas na preocupação com a quantidade, no alcance de metas e nos números com pouca ênfase da qualidade da assistência.

A burocracia torna sagradas as regras e normas. Na maioria das vezes, entre resolver uma situação e seguir uma norma, a organização alicerçada na burocracia opta pela segunda. O grande problema não consiste necessariamente nas normas e regras, que precisam ser respeitadas nas ESF, “mas na sua rigidez temporal, na sua inadequação a realidade e na implementação abusiva das mesmas” (REGO 2010, p. 36).

Ao levar em conta os interesses da organização, que se pauta no enrijecimento das normas, o profissional muitas vezes é desmerecido de seus desejos, e domesticado a agir conforme a vontade da organização. Isso desapropria o trabalhador de sua competência, e desconsidera também uma prática assistencial mais flexível do trabalho e conseqüentemente gera insatisfação (DEJOURS, 2012).

Por outro lado, o trabalho em saúde acontece nas relações entre o prescrito e o real, e deve ser frequentemente inventado pelo profissional com vistas a atingir o objetivo da assistência em saúde, bem como gerar

um trabalho menos insatisfatório, pois “para que o processo de trabalho funcione, é preciso reajustar as prescrições e afinar a organização efetiva do trabalho” (DEJOURS, 2004, p. 32).

Outro aspecto insatisfatório dessa categoria é sobrecarga de trabalho como consequência do excesso de demanda e das inúmeras atividades burocráticas que circundam a ESF. A sobrecarga de trabalho pode refletir em prejuízo na assistência em saúde e até em aspectos da vida pessoal do trabalhador (DEJOURS, 2008; BATTAUS et al., 2011; PIRES et al., 2012). As formas de organização do trabalho também são responsáveis pela sobrecarga (DEJOURS, 2009).

Ao discutir sobrecarga é preciso considerar, ainda, o trabalho fora do expediente, o tempo de deslocamento até o local de serviço, os afazeres domésticos depois do trabalho formal e também o tempo que os trabalhadores pensam no trabalho fora do ambiente de trabalho. Isso significa afirmar que a dedicação desprendida ao trabalho ocupa boa parte do tempo de vida de uma pessoa. O trabalho não é somente o tempo que o profissional passa na ESF, ele ultrapassa qualquer limite dispensado ao tempo e mobiliza um comprometimento de toda a subjetividade. A UBS fechou suas portas, mas o profissional não parou de trabalhar, ele pensa, planeja e estrutura as suas demandas do outro dia.

A sobrecarga faz com que o trabalho não se finde no término de sua jornada, mas se prolongue ao ambiente externo de seu exercício profissional. Para enfrentar essas situações vivenciadas no ambiente de trabalho, Dejours (2012, p. 364) sustenta a necessidade de “fazer-se habitar pela experiência do real e do fracasso, do sofrimento, não poder dormir à noite, até envenenar as relações no espaço doméstico, até sonhar com essa experiência”. Pois entende que é no encontro das adversidades do trabalho real que a superação dessas situações pode converter-se em satisfação (DEJOURS, 2009).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As manifestações de insatisfação dos profissionais que atuam na ESF são influenciadas significativamente pelas condições de trabalho, pela fragilidade na gestão e por problemas nas relações que permeiam o processo de trabalho em saúde.

Este estudo demonstrou que existem vários fatores que colaboram para a insatisfação dos profissionais que atuam na ESF, os quais interferem no processo de trabalho em saúde e também na vida dos próprios profissionais. Esses fatores centralizam-se em três aspectos: o

da gestão; o das relações entre profissionais e usuários e o excesso de trabalho.

Para a redução dos aspectos insatisfatórios do trabalho dos profissionais da ESF é necessário: melhor estrutura física e garantias de disponibilidade de materiais e insumos para a realização da assistência em saúde; melhorias nos processos de avaliação profissional, contemplando mais os elementos qualitativos que os quantitativos do processo de trabalho em saúde; qualificar o desenvolvimento de ações administrativas com foco na eficiência e eficácia, buscando reduzir a burocratização.

E, ainda, com vistas a reduzir a sobrecarga de trabalho acolher as demandas de redução da jornada de trabalho, seja buscando formas de implementá-las, seja atuando junto às esferas legislativas; fortalecer os vínculos trabalhistas seguros e desenvolver práticas de valorização profissional incluindo a criação e implementação de plano de cargos e salários.

As relações entre os profissionais também geram insatisfação, seja pelo desconhecimento dos preceitos preconizados pela ESF, pela postura do usuário na ânsia por uma assistência em saúde rápida e curativa, ou ainda pelo medo dos profissionais referente à violência nas áreas de cobertura da ESF. O trabalho na ESF exige o estabelecimento de relações congruentes para que a assistência em saúde consiga ser mais resolutiva.

Os resultados deste estudo podem contribuir para gestão em saúde no estabelecimento de prioridades de atuação com vistas à redução de fatores insatisfatórios e para profissionais no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, e para o ensino, em especial para a formação dos futuros profissionais que atuarão na ESF, objetivando uma melhor preparação dos profissionais diante dos eventuais fatores de insatisfação elencados.

No que diz respeito aos preceitos metodológicos utilizados neste estudo, estão descritos de modo a possibilitar replicações ou ampliação, cabendo destacar como limite em relação à interpretação dos resultados que correspondem ao identificado em um determinado momento histórico e que cada realidade social é construída por sujeitos que, ao mesmo tempo em que são influenciados pelas determinações macrossociais, são também agentes propulsores de mudanças.

## REFERÊNCIAS

ATLAS.TI. **Atlas.ti Qualitative Data Analysis**. Version 7.5.10. Atlas.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin, 2015.

ALVES M.G.M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Saúde debate**, v. 38, número especial, 2014, p. 94-108. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0034.pdf>>. Acessado: 29 jul. 2015.

BATTAUS, M. R. B. et al. Repercussões da jornada de trabalho para os enfermeiros: revisão de literatura. **Rev. enferm.**, v. 6, n. 1, p. 212-222, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/2056-18487-1-PB.pdf>>. Acessado em: 21 mai. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude\\_familia\\_no\\_brasil\\_uma\\_analise\\_indicadores\\_selecionados\\_1998\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf)>. Acessado em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acessado em: 22 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 29 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda**

**espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_queixas\\_comuns.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf)>. Acessado em: 12 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Atenção Básica e Saúde da Família.** 2015a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Consultas, estabelecimentos por localização geográfica. 2015b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BUCIUNIENE, I.; BLAZEVICIENE A, BLIUDZIUTE E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. **BMC Fam Pract.** v. 6, p. 1-6, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC555592/>>. Acessado em: 23 mai. 2014.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>>. Acessado em: 20 out. 2014.

CECCIM, R; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. César França (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 162-168. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acessado em: 14 nov. 2014.

CORTELLA, M. S. **Qual é a tua obra?:** inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRLAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3>>. Acessado em: 24 abr. 2013.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 27-34, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acessado em: 10 abr. 2014.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: FGV, 2006a.

DEJOURS, C. **O medo e a precarização do trabalho**. Entrevista. Revista IHU On-Line, n. 181, 2006b Não paginado. Disponível em: <[http://amavos.uol.com.br/amavos09/noticia/noticia.asp?cod\\_noticia=7064&cod\\_canal=41](http://amavos.uol.com.br/amavos09/noticia/noticia.asp?cod_noticia=7064&cod_canal=41)>. Acessado em: 15 out. 2014.

DEJOURS, C. **Trabalho, tecnologia e organização**. Avaliação do trabalho submetida à prova do real. Crítica aos fundamentos da avaliação. São Paulo: Blucher, 2008.

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **Cult**, São Paulo, n. 139, p. 49-53, set. 2009. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/reencantar-o-trabalho/>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. Tradução de Gustavo A. Ramos Mello Neto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acessado em: 11 mar. 2014.

FERRER, M.S.; BENEDICTO, A.S. Working conditions of public health workers in the primary care in Catalonia, Spain. **Gac Sanit**. v. 21, n. 3, p. 261-263, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17565904>>. Acessado em: 30 mar. 2014.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acessado em: 13 out. 2014.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. London: 2.nd. Sage, 2014.

FUNARI, P. P. **Grécia e Roma**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2013.

GIRARDI, S. et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010. Disponível em: <[https://www.academia.edu/401484/O\\_Trabalho\\_Precario\\_em\\_Saude\\_tendencias\\_e\\_perspectivas\\_na\\_Estrategia\\_Saude\\_da\\_Familia](https://www.academia.edu/401484/O_Trabalho_Precario_em_Saude_tendencias_e_perspectivas_na_Estrategia_Saude_da_Familia)>. Acessado em: 08 out. 2014.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do Trabalho Decente no Brasil: um olhar sobre as Unidades da Federação**. Brasília: OIT, 2012.

HAMERMESH, D. The changing distribution of job satisfaction. **Journal of Human Resources**. Madison, v. 36, p. 1-30, 2001. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w7332.pdf>>. Acessado em: 19 ago. 2014.

KHAMLUB, S. et al. Job satisfaction of health-care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamsai Province, Lao PDR. **Nagoya J Med Sci**. v. 75, p. 233-41, 2013.

KORAC V. et al. Job satisfaction among health care workers in Serbia. **Cah Sociol Demogr Med**. v. 50, n. 3, p. 319-343, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21086768>>. Acessado em: 20 Jul. 2015

LIMA, L.T et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1,

p. 17-24, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf>>. Acessado em: 30 abr. 2014.

LIU, C. et al. Job satisfaction and intention to leave: a questionnaire survey of hospital nurses in Shanghai of China. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21 n. 1-2, 255-263, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03766.x/pdf>>. Acessado em: 17 mai. 2015.

LORENZETTI J. et al. Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf)>. Acessado em: 20 nov. 2015.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Observa RH, 2011. v. 1, p. 103-116. Disponível em: <[http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6\\_10\\_2014\\_\\_0\\_livro\\_o\\_trabalho\\_em\\_saude.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6_10_2014__0_livro_o_trabalho_em_saude.pdf)>. Acessado em: 08 out. 2014.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro I. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 30. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MCCRAE N. et al. An extra pair of hands? A case study of the introduction of support workers in community mental health teams for older adults. **J Nurs Manag.** v. 16, n. 6, p. 734-743, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18808468>>. Acessado em: 24 abr. 214.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/04/Redes-de-Atencao-condicoes-cronicas.pdf>>. Acessado em: 12 jul. 2014.



MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORSE, J. **Assuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003.

MUNYEWENDE, P. O.; RISPEL, L.C.; CHIRWA, T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. **Hum Resour Health** v. 12, n. 27, p. 1-14, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4024627/>>. Acessado 23 abr. 2015.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Anna Blume, 2008.

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; FORTE, E. C. N. Condições de trabalho: requisito para uma prática de enfermagem segura. In: **PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 4**. Associação Brasileira de Enfermagem. Euclea Gomes Vale, Simone Aparecida Peruzzo, Vanda Elisa Andres Felli (Orgs.). Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015.

PIRES, D. E. P. et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.2, p.45-59, 2012. Disponível em: 10 mar. 2014. Acessado em: 12 mai. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Tradução de Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REGO, A. **Kafka e o estranho mundo da burocracia**. São Paulo: Altas, 2010.

SHI, L. et al. Factors associated with job satisfaction by Chinese primary care providers. *Prim Health Care Res Dev.*, v. 15, n. 1, p. 46-57, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23388523>>. Acessado em: 09 abr. 2015.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.15, n.3 p. 442-448, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a08.pdf>

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, número especial, 2014, p. 94-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0094.pdf>. Acessado em: 17 abr. 2015.

SOUSA-POZA, A; SOUSA-POZA, A.A. Well-being at work: A cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. **Journal of Socio-Economics**. Philadelphia, v.29, p. 517-538, 2000. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053535700000858> >. Disponível em: 15 fev. 2015.

SORATTO, et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acessado em: 19 nov. 2015.

TELES, M.A. et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. **Health Qual Life Outcomes**, n. 72, p1-12, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122097/pdf/1477-7525-12-72.pdf>. Acessado em: 19 nov. 2015.

TRINDADE, L.L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf). Acessado em: 10 fev. 2014.

#### 4.5 ARTIGO 3: O SOFTWARE ATLAS.TI E A ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA

THE ATLAS.TI SOFTWARE AND THE ANALYSIS OF SUBJECT CONTENT

EL SOFTWARE ATLAS.TI Y EL ANÁLISIS DE CONTENIDO TEMÁTICO

Jacks Soratto  
Denise Elvira Pires de Pires

**RESUMO:** Na atualidade, o processo de inovação tecnológica atinge todos os setores da economia, múltiplas áreas do conhecimento, inclusive o próprio processo de pesquisar. Os recursos computacionais têm sido cada vez mais usados em pesquisa e inúmeros *softwares* estão disponíveis para uso em pesquisas do tipo qualitativo e quantitativo. Nesse cenário, o presente estudo consiste em uma reflexão de cunho teórico-metodológico com o objetivo de descrever as principais ferramentas do *software* Atlas.ti associando-as aos procedimentos da análise de conteúdo temática e mostrando a sua contribuição para o rigor da análise de dados em pesquisa qualitativa. Resgata a origem, características e ferramentas contidas no *software* Atlas.ti; descreve os componentes e processos envolvidos nas fases da análise de conteúdo temática de Bardin associando-os às ferramentas do *software* e finaliza exemplificando esse processo de associação em uma pesquisa qualitativa de grande amplitude. Conclui que a associação dos procedimentos da análise de conteúdo temática com as ferramentas do *software* Atlas.ti oportuniza uma análise dos dados mais rápida, organizada e segura, consistindo em um caminho promissor para uso em estudos qualitativos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pesquisa qualitativa. *Software*. Análise de Dados

**ABSTRACT:** Today, technological innovation affects all sectors of the economy, and many knowledge areas, including the research process itself. Computational resources have been increasingly used in research, and numerous programs are available for use in qualitative and quantitative research. In this scenario, this study consisted of a theoretical and methodological reflection, aiming to describe the main Atlas.ti *software* tools, associated with content analysis procedures, and

showing its contribution to the accuracy of data analysis in qualitative research, reflecting the origin, features and tools contained in Atlas.ti *software*, describing the components and processes involved in the stages of Bardin thematic content analysis associated with *software* tools, and exemplifying the process of association in a wide range of qualitative research. The conclusion is that the combination of the procedures of thematic content analysis, along with the *software* tools within Atlas.ti, provides an opportunity to analyze the data in a faster, organized and secure manner, suggesting a promising path for use in qualitative studies.

**KEYWORDS:** Qualitative research. *Software*. Data analysis

**RESUMEN:** En la actualidad, el proceso de innovación tecnológica atinge todos los sectores de la economía, múltiples áreas del conocimiento, incluso el propio proceso de investigar. Los recursos computacionales han sido cada vez más utilizados en pesquisas e inúmeros *software* están disponibles para uso en búsquedas del tipo cualitativo o cuantitativo. En este escenario, el presente estudio consiste en una reflexión de carácter teórico-metodológico con el objetivo de describir las principales herramientas del *software* Atlas.ti asociándolas a los procedimientos del Análisis de Contenido Temático y exponiendo su contribución para el rigor del análisis de datos en investigación cualitativa. Rescata el origen, características y herramientas contenidas en el *software* Atlas.ti; describe los componentes y procesos envueltos en fases del análisis de contenido temático de Bardin asociándolos a las herramientas del *software* y finaliza ejemplificando ese proceso de asociación en una investigación cualitativa de gran amplitud. Se concluye que la asociación de los procedimientos del análisis de contenido temático con herramientas del *software* Atlas.ti permite un análisis de los datos más rápido, organizado y seguro, consistiendo en un camino promisor para el uso en estudios cualitativos.

**PALABRAS-CLAVE:** Investigación cualitativa. *Software*. Análisis de datos.

## INTRODUÇÃO

Na atualidade, o processo de inovação tecnológica atinge todos os setores da economia, múltiplas áreas do conhecimento, inclusive o próprio processo de pesquisar. A partir da década de 80, os recursos computacionais têm sido cada vez mais usados em pesquisa, e hoje se

encontram inúmeros *softwares* disponíveis para uso em pesquisas do tipo qualitativo e quantitativo (FLICK, 2009).

Na pesquisa qualitativa, a sigla CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) refere-se aos *softwares* criados para auxiliar na análise de dados qualitativos. O uso de tecnologias deste tipo na pesquisa não é isento de críticas.

Dentre elas, destacam-se autores (FLICK 2009; LAGE, 2010; POLIT; BECK, 2011) que alertam para a possibilidade do pesquisador ficar muito preso aos procedimentos, produzindo recortes de palavras e frases específicas, o que acabaria resultando em fragilidades na interpretação dos dados ao distanciar-se do contexto, das relações e dos cenários em que foram produzidos.

Outra crítica é quando os recursos do tipo CAQDAS são mencionados com objetivo de atribuir cientificidade a pesquisa. Porém, esses posicionamentos de teóricos e de pesquisadores da pesquisa qualitativa sobre a utilidade e riscos no uso dos *softwares* nos processos de análise de dados estão sendo superados com o passar dos anos e com as evidências de sua utilidade.

Um exemplo do CAQDAS é o *software* Atlas.ti, o qual está sendo utilizado por diversos profissionais e inúmeros pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento, como educação, engenharias, criminologia, administração, antropologia, assim como por diversos profissionais da área da saúde, como enfermeiros, médicos e psicólogos, entre outros profissionais e áreas (FLICK, 2009; FRIESE, 2014).

O *software* Atlas.ti pode ser usado com diversas abordagens teóricas e em múltiplos processos de análise de dados. Uma dessas associações possíveis é com a Análise de Conteúdo Temática (ACT) formulada por Laurence Bardin, a qual consiste em um recurso útil para a análise de dados em pesquisas qualitativas (BARDIN, 2011; VAISMORADI, TURUNEN, BONDAS, 2013).

Em busca realizada em umas das principais bases de dados da saúde, *Publisher Medline* (PUBMED), utilizando múltiplas variações com os termos *Atlas.ti*, *Thematic Analysis* e *Content Analysis Method*, pode-se constatar um número significativo de estudos que têm utilizado a ACT de Laurence Bardin no processo de análise dos dados. Assim como foram encontrados diversos estudos que utilizam o *software* Atlas.ti.

Porém, poucos foram os estudos que relacionam o *software* Atlas.ti à ACT (FERREIRA, et al, 2012; OKELLO et al, 2014; SILVA et al, 2014; MAHMUD, et al, 2015). Destes, nenhum descreve detalhadamente o processo metodológico de como realizar essa

integração, ou seja, de como relacionar os recursos do *software* com o processo analítico de forma sistemática e explicativa.

Diante do exposto, este manuscrito tem por objetivo descrever as principais ferramentas do *software* Atlas.ti associando-as aos procedimentos da ACT e mostrando a sua contribuição para o rigor da análise de dados em pesquisa qualitativa.

Com vistas a atender o referido objetivo, este manuscrito consiste em uma reflexão de cunho teórico-metodológico que resgata a origem, características e ferramentas contidas no *software* Atlas.ti (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015); descreve os componentes e processos envolvidos nas fases da ACT de Bardin (2011), associando-os às ferramentas do *software* e mostrando a sua utilidade para a análise de dados em pesquisa qualitativa; finaliza com uma demonstração desse processo de associação entre o *software* e a ACT em uma pesquisa qualitativa de grande amplitude.

## **ORIGEM, UTILIDADE E FERRAMENTAS DO SOFTWARE ATLAS.TI**

O *software* Atlas.ti foi criado por Thomas Muhr vinculado a um projeto da *Technical University of Berlin*. O *software* foi criado com a finalidade de contribuir no manejo de uma grande quantidade de dados de pesquisa, motivado pelo desafio de analisar em curto espaço de tempo um quantitativo significativo de dados provenientes de pesquisa sobre os impactos do acidente nuclear de Chernobyl em 1986. No ano de 1993 o *software* já possuía sua primeira versão comercial (FLICK, 2009; LEGEWIE, 2013).

Atualmente o *software* Atlas.ti está disponível na internet podendo ser manejado e inclusive usado em pesquisas, no entanto a versão *free trial* disponível tem alguns limites em termos de número de documentos que podem ser inseridos, códigos que podem ser realizados, etc. Dispõem ainda de licenças pagas que variam de preço de acordo com o perfil do usuário e o tempo de concessão.

Com sede em Berlin, a equipe técnica da empresa Atlas.ti realiza periodicamente atualizações das versões, e já organizou, em 2013 e 2015, duas conferências internacionais de usuários do *software* para troca de conhecimentos e aperfeiçoamento dos mecanismos de análise.

Destaca-se ainda que todos os anos o Instituto Internacional de Metodologia Qualitativa (IIQM) da Universidade de Alberta, no Canadá, premia a melhor dissertação de mestrado e tese de doutorado, de qualquer disciplina acadêmica que use o referido *software*.

Atualmente o *software* encontra-se na versão 7.0 e no ano de 2016 será lançada a versão 8.0 com melhorias significativas em sua interface e nos recursos de apresentação de redes.

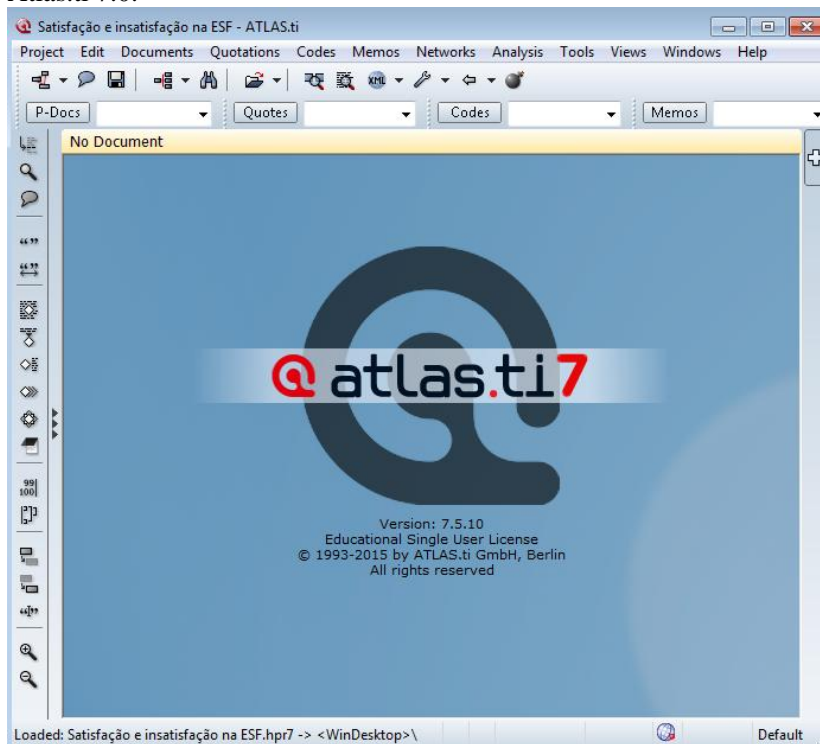
A denominação do *software* inspira-se no Deus Atlas, pois, segundo a mitologia grega, Atlas tentou realizar uma investida para destruir Zeus, como não teve êxito recebeu do próprio Zeus um castigo por tê-lo combatido, o que consistia em carregar o mundo sobre os ombros. Seu mito representa o peso das dificuldades cotidianas e está relacionado ao excesso de incumbências, obrigações e tarefas que aceitamos (RAND, 2010).

O nome tipifica muito bem a função central do *software*, ou seja, de carregar todas as informações obtidas na pesquisa. Isso significa que o pesquisador não terá mais dificuldades com trabalhos manuais de recortes, colagem de papéis e cartazes, ou com a construção de planilhas e esquemas para facilitar a sistematização dos dados qualitativos.

O *software* oferece a capacidade de centralizar todas as informações necessárias para organização da pesquisa, bem como dispõe de mecanismos para que a análise dos dados seja realizada no próprio *software*, mediatizada, necessariamente, pelo pesquisador que continua a desempenhar o papel central de analista e pensador crítico (FLICK, 2009; FRIESE, 2014).

O *software* Atlas.ti possui na sua tela principal todos os componentes que possibilitam o acesso aos comandos que o integram e que são essenciais para a sua operacionalização. Ou seja, as ferramentas principais estão acessíveis por pelo menos dois caminhos, vertical e horizontal, conforme ilustrado na figura 1, na página a seguir.

Figura 1 – Interface do *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti 7.0.



Fonte: Atlas.ti (2015).

As ferramentas essenciais contidas no *software* Atlas.ti e que servem para entender o seu modo de funcionamento são: *Hermeneutic unit*, *primary documents*, *quotations*, *families*, *networks*, *outputs* e mecanismos de salvamento *bundle* e *unbundle* (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015)

A *Hermeneutic unit* (HU) é a unidade que contém os dados da pesquisa, ou seja, é o arquivo da pesquisa no qual serão inseridas todas as informações necessárias para análise dos dados. A cada HU é atribuído um nome identificador da pesquisa, como demonstrado na figura 1 com o nome “Satisfação e insatisfação na ESF”. Várias pesquisas podem ser trabalhadas, ao mesmo tempo, dentro do *software*, cada uma é salva com o seu respectivo nome.

Os *primary documents* ou *P-Docs* (PD) representam os dados empíricos que foram adicionados à *HU*, como arquivos de textos,



áudios, vídeos e imagens. Cada PD inserido recebe uma numeração precedida da letra P, exemplo: P1, P2, P3, e assim sucessivamente.

As *quotations* ou *quotes* são citações selecionadas pelo pesquisador com base no problema e objetivo de pesquisa. Ou seja, *quotations* são fragmentos selecionados dos PD, como por exemplo, um trecho sonoro ou transcrito de uma entrevista, um recorte de uma foto ou de um documento, ou ainda uma parte de um vídeo.

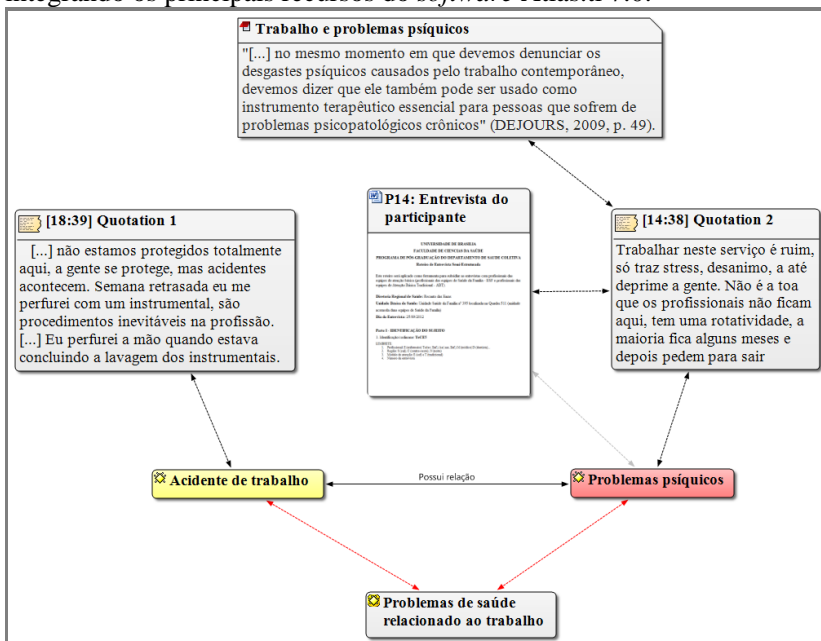
Os *codes* são as codificações, mediante a tipificação por meio de uma palavra ou um conjunto de palavras que sintetizam o sentido ou a informação central contida em cada *quotation*. A definição do *code* leva em consideração a teoria que fundamenta a pesquisa e o objeto de investigação.

A estrutura principal para operacionalização do *software* Atlas.ti dispõe, também, de *memos*, que são lembretes e objetivam associar as *quotations* à teoria ou a algum comentário particular do autor da pesquisa.

A ferramenta *families* possibilita associar PD, *codes* ou *memos* mediante a necessidade do pesquisador com vistas à formulação de categorias analíticas, organização teórica, estruturação do perfil dos participantes, ou agregar tipos de instrumentos de coleta de dados, contribuindo para a descrição metodológica do estudo, como por exemplo nos casos de triangulação muito usados em pesquisas qualitativas. Na prática, as *families* proporcionam, principalmente, a organização da estrutura de codificação para melhoria do processo de análise.

O *software* dispõe, ainda, da ferramenta *networks*, que são redes de visualização dos resultados da pesquisa. Podem integrar PD, *codes*, *quotations*, *memos*, *families*, assim como possibilitam estabelecer relações entre os elementos mencionados com base no objetivo formulado pelo pesquisador e no referencial teórico-metodológico utilizado na pesquisa. A apresentação dos resultados nas *networks* contribui para uma melhor análise inferencial dos achados da pesquisa. A figura 2, a seguir, demonstra um exemplo de *network* integrando os elementos ressaltados.

Figura 2 – Fragmento de resultados de pesquisa na forma de network integrando os principais recursos do *software* Atlas.ti 7.0.



Fonte: Produção dos autores com auxílio do Atlas.ti (2015).

Essa figura demonstra a *family Problemas no ambiente de trabalho*, ligada a dois *codes*, acidente de trabalho e psíquicos. A *quotation 2* está ligada a uma representação gráfica do PD, e também a um *memo*, que fornece sustentação teórica para *quotation*.

Os *outputs* são outros recursos do *software*, que proporcionam a confecção de relatórios por meio da exportação para arquivos de textos ou planilhas e a geração de listas de *primary documents*, *codes*, *quotations* e *memos*, e suas associações entre si.

É importante também destacar a função *comment* que é utilizada para o registro de comentários que o pesquisador achar conveniente, podendo referir-se a HU, PD, *quotations*, *codes* e *networks*.

O *software* ainda possui o mecanismo *bundle* e *unbundle* para garantir a segurança dos dados. Essas ferramentas servem para os pesquisadores trabalharem em outros computadores que não possuem os dados primários inseridos no *software*, possibilitando o compartilhamento da pesquisa. Essas ferramentas possibilitam salvar não só o que foi trabalhado no *software*, mas, também, todos os arquivos

originais dos dados da pesquisa aos quais estão associadas as análises feitas no *software*.

Por fim, diante dessas essenciais ferramentas apresentadas do *software*, talvez os pesquisadores que estão lendo este manuscrito pensem na dificuldade de dominá-las e no tempo necessário que precisarão dedicar-se ao seu aprendizado para a utilização em projetos de pesquisa. Todavia, esse investimento de tempo para manejar as ferramentas repercutirá em vantagens em longo prazo no processo analítico da pesquisa.

## **ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA E *SOFTWARE* ATLAS.TI: UMA ASSOCIAÇÃO POSSÍVEL E PROMISSORA**

A análise de conteúdo é muito utilizada em pesquisas qualitativas (VAISMORADI; TURUNEN; BONDAS, 2013), pode se valer de várias técnicas, uma delas é a temática ou categorial. A ACT possui três fases: “pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação” (BARDIN, 2011, p. 125).

A *primeira fase* [pré-análise] consiste na escolha dos “documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final” (BARDIN, 2011, p. 125). Nesta etapa deve ser realizada uma leitura na íntegra dos dados empíricos, sejam eles transcritos ou estejam na forma de documentos, figuras, áudio ou vídeo. Deve-se considerar o conjunto dos dados obtidos através de todos os instrumentos definidos em cada pesquisa, como por exemplo através de entrevistas, observação e estudo documental, dentre outros.

Nesta etapa cria-se e se salva uma HU no *software* Atlas.ti com o nome da pesquisa. A HU consiste em um contêiner que armazenará todos os dados da pesquisa e informações correlatas que poderão ser disponibilizadas nos *coments* ou *memos*. Inserem-se na HU todos os arquivos de dados empíricos [transcritos ou nas outras formas já mencionadas], os quais o pesquisador entendeu serem úteis para oportunizar a compreensão do fenômeno pesquisado. Esses arquivos são chamados de PD. Cada documento recebe automaticamente um número, conforme a ordem de inserção no *software*.

Na *segunda fase* [exploração do material] objetiva-se alcançar o aspecto central de compreensão do texto, trata-se de uma “fase longa e fastidiosa, que consiste essencialmente em operações de codificações, decomposição ou numeração” (BARDIN, 2011, p. 131). Nesta etapa, levando em conta os objetivos da pesquisa e o referencial teórico de

suporte, são selecionadas as *quotations*, ou seja, alguns segmentos [trechos] significativos de cada documento, e a cada *quotation* foi atribuído um *code*.

O *code* foi expresso por meio de uma palavra ou frase e sintetiza a ideia contida na *quotation* e também pode estar vinculado a *memos*. Os *codes* podem ser associados por relações, constituindo-se em categorias de análise.

Para esta elaboração utiliza-se o recurso de construção de *families*. As *families* também podem associar *codes*, *memos* ou PD. O processo de codificação se pauta na “[...] transformação dos dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão” (BARDIN, 2011, p. 133).

Ainda nessa fase o pesquisador pode utilizar o recurso de *analysis* disponível no *software* que conta com as seguintes ferramentas: *query tool* para explorar associações entre *codes* e entre *codes* e *families*; *codes-primary documents table* para identificar as frequências dos *codes* em cada documento; *cooccurrence explorer* para identificar as *quotations* que estavam vinculadas a mais de um *code* e a *condings analyzer* para identificar *codes* repetitivos em uma mesma *quotation* ou em *quotations* próximas.

Na *terceira fase* [interpretação], os “resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos”, permitindo “estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras” (BARDIN, 2011, p. 131). Nessa fase articula-se *quotations*, *codes*, *families* e *memos* conforme os objetivos da pesquisa e o referencial teórico utilizando o recurso do *software* Atlas.ti de gerar redes [*networks*] as quais possibilitam a visualização dos principais resultados da pesquisa.

Nessa fase também podem ser gerados *outputs*, ou seja, pode-se extrair o que foi trabalhado dentro do *software* e salvar em um arquivo do word, powerpoint ou outro, de modo a possibilitar a construção de relatórios de pesquisa e manuscritos científicos.

Apesar da sequência das etapas analíticas, a análise dos dados acontece de maneira simultânea. Para facilitar o entendimento da relação entre as fases da ACT com os recursos disponíveis no *software* Atlas.ti foi construído o quadro 1, abaixo, que busca sintetizar essa associação.

Quadro 1 – Relações entre as fases da análise de conteúdo e o *software* Atlas.ti 7.0.

Fases da análise de conteúdo temática	Etapas no <i>software</i> Atlas.ti
1ª Fase: Pré-análise	Criação e salvamento da <i>hermeneutic unit</i> . Inserção de <i>primary documents</i> selecionados.
2ª Fase: Exploração do material	Seleção de <i>quotations</i> . Criação de <i>codes</i> . Criação de <i>memos</i> . Agrupamentos dos <i>codes</i> , <i>memos</i> , PD em <i>families</i> . Exploração da ferramenta <i>analysis</i> .
3ª fase: Interpretação.	Articulação entre <i>quotations</i> , <i>codes</i> , <i>families</i> e <i>memos</i> . Geração de <i>networks</i> . Extração de <i>outputs</i> .

Fonte: produção dos autores.

## APLICAÇÃO PRÁTICA DO SOFTWARE ATLAS.TI ASSOCIADO À ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA

Nesta seção, com base em uma tese de doutorado (SORATTO, 2015), que teve como objetivo identificar e analisar aspectos do processo de trabalho geradores de satisfação e insatisfação nos profissionais que atuam na ESF no Brasil, apresenta-se um exemplo de associação da ACT aos recursos do *software* Atlas.ti na análise de dados de uma pesquisa de grande porte.

A coleta de dados aconteceu entre novembro de 2010 e abril de 2014 e contemplou dados de 27 equipes de Saúde da Família, lotadas em 11 UBS de 06 municípios, distribuídos nas 05 regiões geográficas do país.

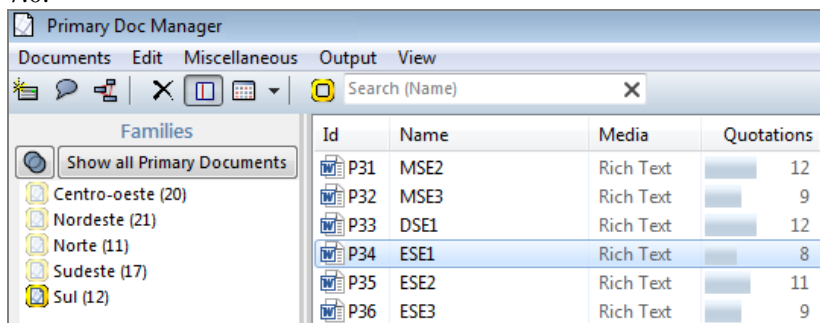
As informações coletadas na pesquisa foram relacionadas mediante o processo de triangulação de instrumentos, de análise e teórica (FLICK, 2009). Triangularam-se dados obtidos em 76 entrevistas semiestruturadas, em mais de 130 horas de observação de campo e em 32 documentos [impressos, formulários, manuais das rotinas de trabalho, etc.].

Após a transcrição das entrevistas, digitalização das notas de observação e escolha dos documentos, inseriu-se todos os dados empíricos no *software* Atlas.ti. Nesta pesquisa a HU resultou em um total de 81 PD, sendo 76 arquivos de entrevistas e 5 arquivos de notas de observação, que corresponde a 1 arquivo síntese por região geográfica estudada. Cada documento (PD) recebeu, antes da inserção no *software*, um código alfanumérico com vistas a garantir o anonimato. Os dados provenientes do estudo documental foram inseridos no *software* como *comments*.

Apesar de não fazer parte da pesquisa a análise das diferenças dos contextos em que os participantes do estudo trabalhavam, os arquivos no *software* Atlas.ti foram, primeiramente, divididos por região geográfica, para facilitar a organização e manipulação dos documentos. Para isso, criaram-se 5 *primary documents families*, sendo um para cada região geográfica.

Em cada *family* foram inseridos os arquivos de entrevistas correspondentes a sua região e mais um arquivo de observação. A figura 3 a seguir demonstra as *families* de PD, os PD com seu código alfanumérico, o tipo de arquivo a que pertence o PD e a quantidade de *quotations* que cada PD possui.

Figura 3 – Gerenciador de documentos primários do *software* Atlas.ti 7.0.



Id	Name	Media	Quotations
P31	MSE2	Rich Text	12
P32	MSE3	Rich Text	9
P33	DSE1	Rich Text	12
P34	ESE1	Rich Text	8
P35	ESE2	Rich Text	11
P36	ESE3	Rich Text	9

Fonte: Atlas.ti (2015).

A pesquisa gerou um total de 752 *quotations*, distribuídas entre 88 *codes*, estes foram agrupados em 3 *code family*, a saber: perfil dos participantes com 37 *codes*, insatisfação com 26 *codes* e a satisfação com 25 *codes*. Esse processo foi consolidado mediante a realização de diversas leituras com aproximações e afastamentos dos dados empíricos; ajustes ortográficos; inserções, exclusões e fusões de alguns *codes*.

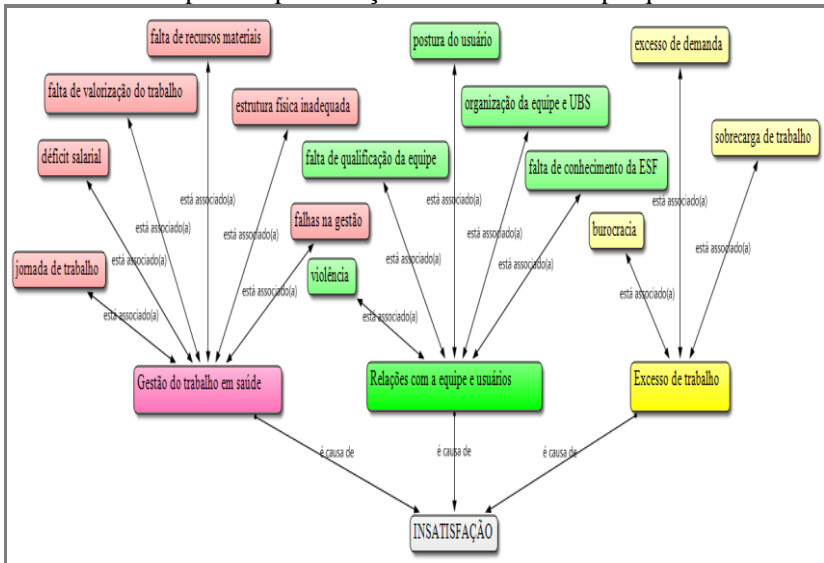
A *family* perfil colaborou para identificar os dados pessoais dos participantes e estabelecer relações com o objeto de investigação. Os *codes* que compuseram esta *family* concentraram-se nos seguintes aspectos: sexo, idade, profissão, escolaridade, tempo de experiência profissional, tempo de experiência da ESF, tipo de contrato, jornada de trabalho e tipo de contrato.

A *family* satisfação foi composta pelos *codes*: trabalho em equipe, vínculo com o usuário, afinidade com o trabalho, relação com os profissionais, resolutividade da assistência, reconhecimento do trabalho, gostar da profissão, satisfação do usuário, assistência ao usuário, modelo de saúde, organização da equipe, integralidade da assistência, vínculo de trabalho, longitudinalidade do cuidado, entre outros. Esses *codes* foram agrupados em três categoriais: identificação com o trabalho e com os princípios da Estratégia Saúde de Família (ESF); relações com o usuário na ESF e aspectos profissionais e trabalhistas.

Por fim, a *family* insatisfação foi dividida em três categorias: gestão do trabalho em saúde, relações com a equipe e usuários e excesso de trabalho. Os *codes* que fizeram parte dessas categorias foram: falta de recursos materiais, estrutura física inadequada, falhas na gestão, falta de valorização do trabalho, déficit salarial, postura do usuário, excesso de demanda, jornada de trabalho, falta de conhecimento da ESF, burocracia, violência, sobrecarga de trabalho, organização da equipe e UBS, falta de qualificação da equipe, entre outros.

Os resultados da pesquisa referida foram apresentados utilizando os recursos do *software* sintetizados em *networks*. A figura 4, a seguir, mostra uma *network* síntese dos fatores de insatisfação dos profissionais de saúde que participaram do estudo.

Figura 4 – Fatores geradores de insatisfação no trabalho de profissionais de saúde - exemplo de apresentação de resultados de pesquisa.



Fonte: Produção dos autores com auxílio do Atlas.ti (2015).

Os *codes* dessa síntese que compuseram as categorias foram detalhados pelo pesquisador associando a algumas *quotations* significativas, com suporte da teoria de sustentação e com o entendimento do pesquisador sobre o objeto de estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este manuscrito demonstrou que as ferramentas do *software* Atlas.ti associadas a ACT são uma estratégia promissora para a realização de pesquisas qualitativas.

O *software* possibilita concentrar as informações em um único local, ou seja, a HU, dispensa demandas manuais do pesquisador como construção de planilhas e recortes de papéis. Os estudos qualitativos que utilizam a ACT podem fazer uso do *software* Atlas.ti, pois este colabora para a organização da pesquisa, redução do tempo utilizado na análise e proporciona maior segurança no manejo de dados.

É importante destacar que o *software* Atlas.ti pode ter interface com diversos tipos de pesquisa qualitativa e não se limita somente a ACT. E, assim como outros do tipo CAQDAS, o *software* não realiza



análise de dados automática. Ou seja, todas as relações que se estabelecem na análise estão condicionadas à decisão do pesquisador, que desenvolve durante todas as etapas da pesquisa o papel essencial de analista crítico.

## REFERÊNCIAS

ATLAS.TI. **ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH**. Qualitative Data Analysis. Version 7.5.10. Berlin, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **Cult**, São Paulo, n. 139, p. 49-53, set. 2009. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/reencantar-o-trabalho/>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

FERREIRA, et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>>. Acessado em: 13 set. 2015.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. 2. ed. London: Sage, 2014.

LAGE, M. C. Os *softwares* tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. **Educ. Tem. Dig.**, Campinas, v. 12, n. 2, p.42-58, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/2302-11708-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/2302-11708-1-PB%20(2).pdf)>. Acessado em: 20 out. 2015.

LEGEWIE, H. ATLAS.ti – How It All Began. A Grandfather’s Perspective. In: **ATLAS.ti User Conference 2013: Fostering Dialog on Qualitative Methods**. 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/02\\_legewie\\_4414%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/02_legewie_4414%20(4).pdf)>. Acessado em: 10 nov. 2015.

MAHMUD, I. et al. Exploring the context in which different close-to-community sexual and reproductive health service providers operate in Bangladesh: a qualitative study. **Human Resources for Health**, v. 13, n. 51. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556024/>>. Acessado em: 12 set. 2015.

OKELLO, E. S. et al. Mental health literacy among secondary school students in North and Central Uganda: a qualitative study. **World Cult Psychiatry**, v. 9, n. 3, p. 70-80, 2014 Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477034/pdf/emss-63295.pdf>>. Acessado em: 18 set. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Tradução de Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAND, A. **A revolta de Atlas**. Trad. Britto, Paulo Henriques. Ed. Arqueiro, v. 1, 2010.

SILVA, J. C. et al. Poisoned men as subjects of care and nursing care.

**Esc Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 716-721. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/en\\_1414-8145-ean-18-04-0716.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/en_1414-8145-ean-18-04-0716.pdf)>. Acessado em: 12 set. 2015.

SORATTO, Jacks Soratto. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2015. 000p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

VAISMORADI, M; TURUNEN, H; BONDAS, T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. **Nurs Health Sci.**, v. 15, n. 3, p. 398-405, 2013. Disponível em:

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12048/epdf>>. Acessado em: 21 nov. 2015.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pergunta “de que modo a ESF influencia a satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde que nela atuam?”, a pesquisa realizada identificou e analisou aspectos do processo de trabalho geradores de satisfação e insatisfação nos profissionais que atuam na ESF no Brasil.

Considerando-se o objeto de investigação, o desenho de uma pesquisa qualitativa, utilizando o suporte teórico do materialismo histórico dialético de Karl Marx para análise do processo de trabalho e a teorização de Christophe Dejours sobre satisfação e insatisfação no trabalho, mostrou-se adequado. A perspectiva de análise escolhida requer olhar para os sujeitos nos cenários histórico-sociais em que o trabalho se realiza, neste sentido focou-se o trabalhar na Estratégia Saúde da Família considerando o prescrito na atual Política Nacional da Atenção Básica. E o trabalho real buscou ser apreendido pela fala dos sujeitos trabalhadores.

A apresentação dos resultados iniciou com a descrição do perfil dos profissionais que atuam na ESF e com a caracterização dos contextos político-institucionais nos quais os profissionais que compõem as equipes desenvolvem o seu trabalho. O perfil e caracterização dos contextos onde ocorreu a coleta de dados contribuíram para uma melhor análise da satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de saúde, porém, tendo em vista as limitações de tempo, não foi possível aprofundar e analisar as semelhanças e diferenças profissionais e geográficas referentes à temática.

A coleta de dados aconteceu entre novembro de 2010 e abril de 2014 e contemplou 76 profissionais que atuavam em 27 eSF, lotados em 11 UBS de 06 municípios, distribuídos nas 05 regiões geográficas do país. Os dados foram obtidos por entrevistas semiestruturadas, observação de campo e documentos que foram colhidos respeitando todas as diretrizes éticas vigentes.

No que diz respeito ao perfil dos participantes predominou: o sexo feminino; a enfermagem como principal profissão; faixa etária de 30 a 39 anos, sendo a maioria de nível superior; tempo de experiência profissional maior de cinco anos e tempo de experiência na ESF de um a quatro anos; predomínio do emprego pautado em concurso público, no regime estatutário e com vínculo único e cumprimento de uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. Mas destaca-se um número significativo de participantes com duplo vínculo e com jornada superior a 40 horas semanais.

A respeito dos contextos, todas as UBS que fizeram parte deste estudo não atenderam na íntegra as exigências estruturais mínimas para realização da assistência em saúde, conforme preconizado pela PNAB. E os diversos problemas de estrutura física das UBS se refletiam nas percepções sobre satisfação e insatisfação, na qualidade da assistência e até mesmo na saúde dos profissionais.

No que diz respeito à *satisfação no trabalho na ESF* destacou-se a existência de vários aspectos satisfatórios sintetizados em três categorias: a identificação com o trabalho e os princípios da ESF, relações com os usuários no desenvolvimento da assistência em saúde na ESF e os aspectos profissionais e trabalhistas.

Já a *insatisfação de profissionais na ESF no Brasil* mostrou-se relacionada, principalmente, à gestão do trabalho em saúde, relações com a equipe e usuários e ao excesso de trabalho.

As relações entre profissionais e entre estes e usuários foram um aspecto de convergência no tocante à satisfação e insatisfação. Isso permitiu constatar a dialética intrínseca na categoria relações de trabalho. Boas relações de trabalho são protetoras e promotoras de satisfação e problemas nas relações são causadores de insatisfação, podendo interferir negativamente nos resultados do trabalho e na saúde dos trabalhadores. Pode-se concluir que o ambiente de trabalho na ESF é um local ambíguo, ou seja, ao mesmo tempo em que pode ser promotor do bem-estar e da satisfação profissional, pode também ser um local gerador de insatisfação.

A estrutura da tese agregou, ainda, uma reflexão teórico-metodológica acerca do desafio da qualidade em pesquisas qualitativas. Para isso foi estruturado um manuscrito com o objetivo de descrever as principais ferramentas do *software* Atlas.ti associando-as aos procedimentos da análise de conteúdo temática, mostrando a contribuição dessa associação para o rigor da análise de dados em pesquisa qualitativa.

Esta escolha mostrou-se oportuna ao demonstrar que a associação dos procedimentos da análise de conteúdo temática com as ferramentas do *software* Atlas.ti colabora para a organização da pesquisa, para a redução do tempo utilizado na análise de dados e proporciona maior segurança no manejo de dados, consistindo em um caminho promissor para uso em estudos qualitativos.

O estudo confirmou a tese sustentada de que “a satisfação e insatisfação no trabalho na ESF têm relação com o próprio trabalho em saúde e o modelo assistencial em que atuam, mas é, significativamente,

influenciada pelas condições e relações de trabalho, pelo contexto político institucional e pela subjetividade dos profissionais”.

### **Contribuições do estudo**

O desenvolvimento da pesquisa e os resultados apresentados permitiram identificar os fatores geradores de satisfação e insatisfação dos profissionais que atuam na ESF, oportunizando que sejam pensadas ações no tocante a mudanças das realidades locais de modo a produzir melhorias na assistência em saúde. O estudo contribui, ainda, para o conhecimento da realidade das práticas assistenciais dos profissionais da ESF em diversos contextos geográficos do país. Pode-se destacar também a contribuição metodológica no que diz respeito à análise de dados em pesquisa qualitativa ao descrever a associação da técnica de análise de conteúdo temática com os recursos do *software* Atlas.ti.

### **Limitações da pesquisa**

O estudo apresenta limitações, quanto ao tempo de quase três anos e meio utilizado na coleta de dados. Considerando-se a dinamicidade das realidades, coletar dados em diferentes momentos históricos pode ter influência nos resultados, tendo em vista mudanças das questões políticas locais.

Outro aspecto que pode ter interferido na coleta de dados foram as condições em que algumas entrevistas foram feitas, pois diante de certas deficiências estruturais das UBS e pelo excesso de demanda algumas entrevistas foram feitas em condições ruins, como por exemplo com participantes em pé, ou no corredor da UBS, ou até mesmo quando o profissional estava comendo. Essa situação implicou fragilidades de algumas falas, podendo interferir nos resultados do estudo.

### **Recomendações**

**Para gestores**, estabelecer prioridades de atuação com vistas à redução de fatores insatisfatórios e estímulo/valorização de fatores satisfatórios; proporcionar mecanismos para que o profissional socialize as dificuldades encontradas; valorizar os problemas cotidianos demandados pelos profissionais; construir junto com todos os profissionais uma política de valorização e reconhecimento profissional.

**Para os profissionais**, desenvolver estratégias de enfrentamento dos fatores insatisfatórios; criar uma rede de cooperação na equipe de saúde como vistas a garantir um ambiente satisfatório.

**Para o ensino**, em especial nas graduações e cursos técnicos que formam profissionais para atuar na ESF, prover adaptações curriculares ou práticas docentes de modo a possibilitar o enfrentamento dos aspectos insatisfatórios que poderão ser encontrados no exercício do trabalho. Assim como desenvolver durante a formação profissional alternativas para que os profissionais diante dos eventuais fatores de insatisfação possam superá-los.

**Para a pesquisa**, investir no tocante à adoção dos preceitos metodológicos utilizados neste estudo, bem como possíveis replicações em outros objetos de investigação e contextos dos serviços de saúde; desenvolver outras pesquisas buscando relacionar o perfil profissional existente neste estudo com os aspectos de insatisfação e satisfação identificados.

**Para extensão**, desenvolver junto às instituições de ensino, profissionais, SMS e usuários projetos que visem à redução dos fatores insatisfatórios da ESF, e também que proporcione a desvinculação do conceito hegemônico de saúde de usuário e profissionais.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, F. B. et al. Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. **Revista Eletrônica Sistemas & Gestão**. Niterói, v. 6, n. 4, p. 562-582, 2011. Disponível em:

<<http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/view/V6N4A11/V6N4A1>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

ATLAS.TI. **ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH**. Qualitative Data Analysis. Version 7.5.10. Berlin, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Tipos de dados e formas de apresentação na pesquisa clínico-epidemiológica. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em:

<<file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/1915-42619-1-PB.pdf>>.

Acessado em: 24 abr. 2014.

BATTAUS, M. R. B. et al. Repercussões da jornada de trabalho para os enfermeiros: revisão de literatura. **Rev. enferm**, v. 6, n. 1, p. 212-222, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/2056-18487-1-PB.pdf>> Acessado em: 21 mai. 2014.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 37, n. 132, dez. 2007. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0337132.pdf>>. Acessado em: 20 mai. 2014.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 13 Set. 2013.

**BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em: 13 Set. 2013.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude\\_familia\\_no\\_brasil\\_uma\\_analise\\_indicadores\\_selecionados\\_1998\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf)>. Acessado em: 28 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 29 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diário Oficial da União, seção 1, p 59-62, do dia 13 de junho de 2013. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Atenção Básica e Saúde da Família.** 2014a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 09 jun. 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Consultas, estabelecimentos por localização geográfica, Distrito Federal. 2014b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Municipio.asp?Estado=53&NomeEstado=DISTRITO%20FEDERAL](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=53&NomeEstado=DISTRITO%20FEDERAL)>. Acesso em: 09 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Atenção Básica e Saúde da Família**. 2015a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Consultas, estabelecimentos por localização geográfica. 2015b. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Estado.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp)>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. 2015c. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Tradução Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: LTC, 2012.

BUCIUNIENE, I.; BLAZEVICIENE, A.; BLIUDZIUTE, E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. **BMC FamPract.**, v. 6, n. 1, p. 1-6 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC555592/>>. Acesso em: 18 abr. 2014

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 2, p. 307-318, 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1010>>. Acesso em: 22 abr. 2013

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 15-38.

CANADA. **A new perspective on the health of Canadians**: a work document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1974. 76 p. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acessado em: 18 abr. 2014.

CORTELLA, M. S. **Qual é a tua obra?**: inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

DELOBELLE, P. et al. Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. **Journal of Advanced Nursing**, n. 67.v 2. p. 371-83. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05496.x/pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2014.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana de Isabel Paraguay e Lucia Leal Ferreira. 5 ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C; DESSORS, D; DESRLAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de administração de empresas**. São Paulo, 33(3):98-104. Mai./Jun. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

DEJOURS, C; ADOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e Trabalho. Tradução Maria Irene Stocco Betiol. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. CHRISTOPHE DÉJOURS. **Ágora** Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.89-94, Dec. 2001. Entrevista concedida À Marta Rezende CARDOSO. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v4n2/v4n2a07.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2014.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 27-34, 2004. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

\_\_\_\_\_. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **CULT**, São Paulo, n. 139, p. 49-53, set. 2009. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/reencantar-o-trabalho/>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. Tradução de Gustavo A. Ramos Mello Neto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/reencantar-o-trabalho/>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Boletim trabalho na saúde**. O trabalho na saúde 1998-2008. Ano 1, n. 1, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/estudossetorial/2009/2009pedsetoriaissaude.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

DOEF, M.; MBAZZI, F. B.; VERHOEVEN, C. Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses. **Journal of Clinical Nursing**, 2012.v 2. n.12. p.1763–1775. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03995.x/epdf>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

FARAGHER, E. B; CASS, M; COOPER, C.L. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. **Occupational & Environmental Medicine**, London, v. 62, n.105 p.112, 2005. Disponível em: <<http://oem.bmj.com/content/62/2/105.full.pdf+html>> Acesso em: 15 mar. 2014.

FISCHE. A.; SOUSA-POZA. D. Job Satisfaction Improve the Health of Workers? New Evidence Using Panel Data and Objective Measures of Health. **Discussion Paper. Health Econ**. N. 3256 Dec. 2007. Disponível em: <<http://ftp.iza.org/dp3256.pdf>>. Acesso em: 25 jun.2014.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 13 jul.2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, Feb. 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2015.

FORTE, E C N. **A satisfação no trabalho de enfermeiros/as em dois modelos assistenciais na atenção básica no Brasil**. 2013. 141 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FRANCO, T B; MERHY, E E. Programa da Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico assistencial. In: MERHY, E. E et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>>. Acesso em: 24. Mar.2014.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. London: Sage, 2.nd, 2014.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rida Janeiro: Fiocruz, 2004. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/democracia-inconclusa-um-estudo-da-reforma-sanit%C3%A1ria-brasileira>> Acesso em: 15 out. 2014.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**,

Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, Jun., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

GUIMARÃES, J R S. **Perfil do Trabalho Decente no Brasil**: um olhar sobre as Unidades da Federação. Brasília: OIT, 2012. 376 p. Disponível em: <[http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/indicadorestdnovo\\_880.pdf](http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/indicadorestdnovo_880.pdf)>. Acesso em: 25 jan.2014.

GIRARDI, S. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010. Disponível em:<[https://www.academia.edu/401484/O\\_Trabalho\\_Precario\\_em\\_Saude\\_tendencias\\_e\\_perspectivas\\_na\\_Estrategia\\_Saude\\_da\\_Familia](https://www.academia.edu/401484/O_Trabalho_Precario_em_Saude_tendencias_e_perspectivas_na_Estrategia_Saude_da_Familia)>. Acesso em: 08 out. 2014.

GOPUMED. **Gopumed Knowledge base**.2015. Disponível em:<<http://www.gopubmed.org/web/gopubmed/>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do Trabalho Decente no Brasil**: um olhar sobre as Unidades da Federação. Brasília: OIT, 2012. 376 p.

HALLACK, F. S.; SILVA, C. O. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, Dez., 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a11v17n3.pdf>>. Acessado em: 28 out. 2014.

HAMERMESH, D. The changing distribution of job satisfaction. **Journal of Human Resources**. Madison, v.36, p. 1-30, 2001. Disponível em: <[http://www.jstor.org/stable/3069668?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/3069668?seq=1#page_scan_tab_contents)>. Acessado em:

HANAN, Al-A. Factors affecting performance of hospital nurses in Riyadh Region, Saudi Arabia. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.22, n.1, p.40 – 54, 2009. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/09526860910927943>>. Acessado em: 22 mar. 2013.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa saúde da família no SUS: Uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HULLEY, S. B. et al. (Orgs.). **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**: Distrito Federal, Brasília: informações completas. 2010a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=530010&search=distrito-federal|brasilia|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 09 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**: Pará, Belém. Infográficos: dados gerais do município. 2010b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=150140>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**: Coronel Vivida, Paraná: informações completas. 2010c. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410650&idtema=16&search=parana|coronel-vivida|sinthese-das-informacoes>>. Acesso em: 20 Jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**: Pato Branco, Paraná: informações completas. 2010d. Disponível: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411850&search=parana|pato-branco|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 20 Jul. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Comunicado da presidência. **Carga horária de trabalho**: evolução e principais mudanças no Brasil. 2009, n. 24. Disponível

em:<<http://www.pppe.ufgrs.br/giacomo/arquivos/eco02268/ipea-2009.pdf>> Acesso em: 17 ago. 2013.

JABBARI, H. Relationship between job satisfaction and performance of primary care physicians after the family physician reform of east Azerbaijan province in Northwest Iran. **Indian J Public Health**. v.58, n.4, p.256-60, 2014. Disponível em: <<http://www.ijph.in/article.asp?issn=0019557X;year=2014;volume=58;issue=4;spage=256;epage=260;aulast=Jabbari>>. Acessado em: 20 dec. 2014. DOI: 10.4103/0019-557X.146284.

KAHYA, E. The effects of job performance on effectiveness. **International Journal of Industrial Ergonomics**, v.39, n.1, p.96 -104, 2008. Disponível em:< <https://www.deepdyve.com/lp/elsevier/the-effects-of-job-performance-on-effectiveness-DaFz2ks5EN>>. Acessado em: 21 out. 2014.

KHAMLUB, S. Job satisfaction of health-care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamsai Province, Lao PDR. **Nagoya J Med Sci.**, v 75, n.3-4, p.233-41. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345678/>> . Acessado em: 21 out. 2014

KORAC, V. Job satisfaction among health care workers in Serbia. **Cah Sociol Demogr Med.**, v.50, n.3, p.319-43, 2010. Disponível em:< <http://europepmc.org/abstract/med/21086768>>. Acessado em: 25 nov. 2014.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. In: Organização Panamericana de Saúde. **Promoción de laSalud: una antología**. Washington: Publ. Cient. 557, 1996. p. 3-5.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. (Orgs.). **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEFEBVRE, H. **Marxismo**. Tradução de William Lagos. Porto Alegre: L&PM, 2009.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery Rio de Janeiro**, v. 18, n. 1, p. 17-24, Mar. 2014 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452014000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 06 mai. 2015.

LIU, C. et al. Job satisfaction and intention to leave: a questionnaire survey of hospital nurses in Shanghai of China. **Journal of Clinical Nursing**, v.21, n.1-2, p.255-263, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03766.x/epdf>. Acessado em: 15 ago. 2014.

MACHADO, M.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.v.1, p. 103-116. Disponível em: <[http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6\\_10\\_2014\\_\\_0\\_livro\\_o\\_trabalho\\_em\\_saude.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6_10_2014__0_livro_o_trabalho_em_saude.pdf)>. Acessado em: 08 out. 2014.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. **O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho**. Base de dados CEDOC. 2002. Disponível em <<http://www.opas.org/htm/textos>>. Acesso em: 14 set. 2006. Acessado em: 08 out. 2014.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. Tradução de SueliTomazini Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 2007.

MARX, K. **Manuscritos econômico filosóficos**. 2. ed. São Paulo: Martin Claret, 2011.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 30. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDES, A. M. B.; MORRONE, C. F. Trajetória teórica e pesquisa brasileira sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. et al (Orgs.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá psicologia, 2010, p. 29-52.



MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acessado em: 15 abr. 2013.

MERLO, Á. R. C.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25746>>. Acessado em: 15 jun 2014.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. In: DESLANDES, S. F. **Trabalho de campo**: construção de dados qualitativos e quantitativos. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005, p. 157-184.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MONTEIRO, D. Ponto de pauta para o livre debate. **Belém: a saúde nos tribunais**. 2012. Disponível em: <<http://pontodepauta.wordpress.com/2012/09/03/belem-a-saude-nos-tribunais/>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

MORAES, E. P. **Cargas de trabalho**: um olhar sobre a Estratégia Saúde da Família. 2013. 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/14257>>. Acessado em: 10 jan 2014.

MORSE, J. **Assuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2003.

MUNYEWENDE, P. O.; RISPEL, L.C.; CHIRWA T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic

nursing managers in two South African provinces. **Hum Resour Health**, v. 27, n. 12, p. 1-14, 2014. Disponível em:< <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-12-27.pdf>. >. Acessado em: 19 set 2014. DOI: 10.1186/1478-4491-12-27.

NABIRYE, R et al. Occupational stress, job satisfaction and job performance among hospital nurses in Kampala, Uganda. **Journal of Nursing Management**, v. 19, n. 6, p. 760-768, 2011. Disponível em:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2011.01240.x/epdf>>. Acessado em: 15 set. 2014.

NATAL (município). **Lei complementar nº. 120 de 03 de dezembro de 2010**. Cria e implanta o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Profissionais da Área de Saúde da SMS, regulamenta as gratificações específicas da Área de Saúde e dá outras providências. 2010. Disponível em:< [http://www.natal.rn.gov.br/\\_anexos/publicacao/legislacao/LeiComplementar20101203\\_120.pdf](http://www.natal.rn.gov.br/_anexos/publicacao/legislacao/LeiComplementar20101203_120.pdf)>. Acessado em: 30 abr. 2014.

NATAL. Prefeitura Municipal de Natal. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/natal/ctd-670.html>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal**. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Natal, RN, 2007. 124 p.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo. **Anuário Natal 2011/2012**. Natal, RN, SEMURB 2012.

NÓBREGA, F. P. **Compreender Hegel**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

OJAKAA, D.; OLANGO, S.; JARVIS, J. Factors affecting motivation and retention of primary health care workers in three disparate regions in Kenya. **Hum Resour Health**, v. 33, n. 12, p. 1-13, 2014. Disponível:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4097093/>>. Acessado em: 19 set 2014. DOI: 10.1186/1478-4491-12-33.

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo v.13, n. 3, mai./jun. p. 423-431, 2005.

Disponível em:<

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300018)>. Acessado em: 20 maio 2014

OLIVEIRA, N. L. **Práticas educativas e integralidade na saúde da família**: um estudo etnográfico. 2013.148 f. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2013. Disponível em: <  
<http://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17821>>. Acessado em: 20 maio 2014.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em:<  
[http://www.prppg.ufpr.br:8080/saudecoletiva/sites/default/files/processo seletivo2015/politicas/PAIM,%20Jairnilson%20%20Uma%20analise%20sobre%20o%20processo%20da%20RSB.pdf](http://www.prppg.ufpr.br:8080/saudecoletiva/sites/default/files/processo%20seletivo2015/politicas/PAIM,%20Jairnilson%20%20Uma%20analise%20sobre%20o%20processo%20da%20RSB.pdf)>. Acessado em: Acessado em: 28 out. 2013.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em:<  
<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acessado em: 28 out. 2013.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Curitiba**: dados preliminares, 2007. Disponível em:<<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=874>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

PATO BRANCO. Prefeitura Municipal de Pato Branco. **Secretária Municipal de Saúde. Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://patobranco.pr.gov.br/secretarias/saude/>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro:EPSJV, 2008.p.320-328.

PINTO I. C. et al. Analysis of job satisfaction of the nursing staff of a primary health care unit. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 20-27, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/1983-1447-rgenf-35-04-00020.pdf>>. Acessado em: 10 maio. 2014

PIRES, M. F. C. Education and the historical and dialectical materialism. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, v.1, n.1, 1997. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/06.pdf>>. Acessado em: 10 jan. 2013.

PIRES, D. E. P. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Anna Blume, 2008a.

\_\_\_\_\_. Divisão social do trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro:EPSJV, 2008b. p.125-130.

\_\_\_\_\_. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008c. p. 130-135.

\_\_\_\_\_. Precarização do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro:EPSJV, 2008d. p. 317-320.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina profissão e trabalho. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v.62, n.5, p. 739-744, 2009. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000500015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000500015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acessado em: 20 set. 2014.

PIRES, D. E. P. **Novas tecnologias e trabalho em saúde parte II: inovações tecnológicas não materiais e cargas de trabalho dos profissionais de saúde**. Florianópolis: UFSC; CNPq, 2014. 180 p. Relatório Final Edital Universal.

PIRES, D. E. P. et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v.12, n. 2, p. 373-379, 2010. Disponível em:<

[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n2/pdf/v12n2a23.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/pdf/v12n2a23.pdf).  
Acessado em: 10 set. 2013.

PIRES, D. E. P. et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v.6, n.2, p.45-59, 2012a. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1113/1026>. Acessado em: 10 set. 2013.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**. [S.l.]: Vozes, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Tradução de Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, M. L. et al. El diseño en la investigación cualitativa. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. **Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: Paltex, 2008.

RIO DE JANEIRO. **Prefeitura do Rio de Janeiro**. 2014a. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br>>. Acessado em: 16 mai. 2014.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Clínicas da Família**: a nova rede de atendimento da cidade. 2014b. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia1>>. Acessado em: 16 mai. 2014.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde**. 2014c. Disponível em: <<http://subpav.org/index.php>>. Acessado em: 19 mai. 2014.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Cadernos de Estatísticas e Mapas da Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro. **Contribuições para a construção de uma linha de base para os cadastros das microáreas da estratégia de saúde da família do município do Rio de Janeiro**: área de planejamento 1.0. Rio de Janeiro: SUBPAV, Rede OTICS-Rio, 2013a.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Guia SUS-Rio Centro e Adjacências**. Versão preliminar. Rio de Janeiro: SUBPAV, Rede OTICS-Rio, 2013b.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MAURO, M. Y. C.; DALRI, R. C. M. B.; ALMEIDA, L. S.; SECCO I. A. O.; PEDRÃO, J. L. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de La salud. **Rev Cuba Enferm.**, v.26, n.1, p. 52-64, 2010. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192010000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000100009&lng=es)>. Acessado em: 11 out. 2014.

ROCHA, N. S. P. D. **Análise do Programa Saúde da Família no município de Natal-RN: inovações assistenciais?**. 2000. 172 f. Dissertação (Mestrado em política, planejamento e administração em saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/35198564\\_Analise\\_do\\_programa\\_saude\\_da\\_familia\\_no\\_municipio\\_de\\_Natal-RN\\_inovacoes\\_assistenciais](http://www.researchgate.net/publication/35198564_Analise_do_programa_saude_da_familia_no_municipio_de_Natal-RN_inovacoes_assistenciais)>. Acessado em: 13 abr. 2014

SÁ, D. Em crise política, Natal vive colapso em saúde, educação e coleta de lixo. **Folha de São Paulo cotidiano**. Natal, 30 nov. 2012. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/81017-em-crise-politica-natal-vive-colapso-em-saude-educacao-e-coleta-de-lixo.shtml>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

SILVA, B. M.; LIMA, F. R. F.; FARIAS, F. S. A. B.; CAMPOS, A. C. S. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto contexto Enferm.**, v. 15, n.3 pp. 442-448, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000300008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000300008&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acessado em: 20 set. 2014.

SHI, L.; SONG, K.; RANE, S.; SUN, X.; LI, H.; MENG, Q. Factors associated with job satisfaction by Chinese primary care providers. **Prim Health Care Res Dev.**, v.15, n.1, p.46-57, 2014. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=9151818&fileId=S1463423612000692>>. Acessado em: 23 maio 2014. DOI: 10.1017/S1463423612000692.

SORATTO, et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>>. Acessado em: 19 nov. 2015.

SOUSA-POZA, A.; SOUSA-POZA, A. A. Well-being at work: a cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. **Journal of Socio-Economics**, Philadelphia, v.29, p. 517-538, 2000. Disponível em:<<http://cinik.free.fr/chlo/doc%20dans%20biblio,%20non%20imprim%C3%A9s/bien%20etre/weellbeing%20at%20work,%20cross%20national%20analysis.pdf>>. Acessado em: 13 out. 2014

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.14, n.1, p.1325-1335, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63011684002.pdf>>. Acessado em: 10 dez. 2014.

TEIXEIRA, S. M. F. **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; 1989.

TELES, M. A. et al. Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. **Health Qual Life Outcomes.**, v.12, n.72, p. 1- 12, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122097/>. Acessado em: 10 dez. 2014. DOI: 10.1186/1477-7525-12-72.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf)>. Acessado em: 21 maio 2014.

TRINDADE, L. L. **Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2011. Disponível em:<

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/130862/298135.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acessado em: 20 jan. 2013.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. da; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A.; PANIZ, V. V.; TEIXEIRA, V. A. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 24(Suppl. 1), p.193-201,2008.

Disponível em:<

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008001300023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008001300023&script=sci_arttext)>.

Acessado em: 12 jun. 2013.

WERMELINGER, M. et al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, abril 2010. Disponível em:

<<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>>.

Acessado em: 23 set. 2014



## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

#### Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

1. Identificação/codinome: \_\_\_(Ex.: ECO1)

2. Idade:

3. Sexo:

4. Profissão/atuação na equipe:

5. Escolaridade:

- Ensino Fundamental
- Curso Técnico
- Graduação
- Especialização/Residência na área de:
- Mestrado na área de:
- Doutorado na área de:

6. Tempo de experiência profissional:

6.1 Tempo de experiência na profissão:

- até 1 ano
- de 1 ano até 5 anos
- mais de 5 anos

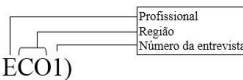
6.2 Tempo de exp. profissional na ESF:

- até 1 ano
- de 1 ano até 5 anos
- mais de 5 anos

7. Tipo de contrato e Jornada de trabalho:

- Tipo de contrato na ESF:
- Jornada de trabalho na ESF:
- Possui outro emprego (contrato de trabalho ou trabalho autônomo)?
- Horas diárias trabalhadas no outro/os emprego/os:
- Jornada semanal total:

8. Motivação para trabalhar na ESF. (Por que você está trabalhando na ESF?).



**CODIFICAÇÃO:**

**Profissional:** E (enfermeiro) Te (tec. enf.), Ae (aux. enf.), M (médico) D (dentista), Tsb (técnico em saúde bucal), Asb (auxiliar em saúde bucal), Fa (farmacêutico), P (psicólogo).

**Região:** S (Sul); CO (Centro-oeste); N (Norte), NE (Nordeste), SE (Sudeste).

**Número da entrevista:** 1, 2 e assim sucessivamente.

**Parte II - ENTREVISTA**

- 9. Relacione os aspectos/fatores pelos quais o trabalho na ESF tem contribuído para a realização de um trabalho mais seguro e com menos riscos à sua saúde, mais satisfatório/prazeroso?**
- 10. Relacione os aspectos/fatores pelos quais o trabalho na ESF tem contribuído para aumentar as cargas de trabalho, tornando-o mais inseguro e com riscos à sua saúde (doença, acidente de trabalho) e gerado insatisfação no seu trabalho.** Pense no ritmo de trabalho, nas atividades cotidianas (número e diversidade - dentro e fora da UBS incluindo ações curativas, preventivas e de promoção da saúde com indivíduos e grupos, ações educativas e de cunho administrativo gerencial). Motivos de insatisfação no trabalho.
- 11. Pense no seu trabalho diário e considere os aspectos positivos e negativos que contribuem para a sua satisfação ou insatisfação no trabalho, relacionados a:**
- a) Forma que o trabalho é organizado.
  - b) Composição da equipe, divisão do trabalho na equipe e na sua categoria profissional. ACS em número suficiente ou não.
  - c) Relações de trabalho, na sua categoria profissional, com os demais profissionais de saúde, com os ACS, com os demais setores/serviços da instituição, do SUS e da comunidade (repcionistas, acesso a média e alta complexidade, Conselho Local de Saúde), com os sujeitos que recebem assistência de saúde, com as chefias e direção da instituição.
  - d) Relações com os usuários e familiares.
    - Motivos de satisfação;
    - Motivos de insatisfação;
  - e) Condições de trabalho e direitos trabalhistas (salário, regime de trabalho, duração da jornada de trabalho, tipo de contratação, garantia no emprego, dentre outras) contribuem para:
    - A satisfação no trabalho? A insatisfação no trabalho?
- 12. O trabalho na ESF tem causado dano(s) a sua saúde (doença, acidente) ou a de algum colega que você conhece? Explique essa relação e se essa situação contribui ou influência na sua satisfação e insatisfação no trabalho.**
- 13. Cite:**
- a) Três principais motivos de satisfação no trabalho.**
    - Primeiro motivo:
    - Segundo motivo:
    - Terceiro motivo:
  - b) Três principais motivos de insatisfação no trabalho.**
    - Primeiro motivo:
    - Segundo motivo:
    - Terceiro motivo:
- 14. Gostaria de expressar algo mais que possa contribuir com a pesquisa?**

## APÊNDICE B – Roteiro de observação



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Acompanhar a rotina geral das equipes. A observação das atividades deve ser feita com foco nos aspectos observáveis descrito abaixo:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_:\_\_\_ h e de término: \_\_\_:\_\_\_ h.

Aspectos observáveis
Estrutura/instrumentos:
Processo de trabalho:
Intercorrências:
Reações:
Outras observações

## APÊNDICE C – Roteiro de estudo documental



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### ROTEIRO DE ESTUDO DOCUMENTAL

Questionar um profissional de cada categoria sobre os documentos que fazem parte da sua rotina diária de trabalho (um de cada profissão). Listar documentos de uso cotidiano de uso na ESF:

---



---



---



---

#### DOCUMENTOS A SEREM PROCURADOS

(verificar se existe – registrar informações relevantes e qualidade das informações disponíveis nos documentos encontrados):

- Relatório de atividades da UBS ( )
  - Ficha de controle de procedimentos ( )
  - Agenda de atividades da equipe – se existe e como fazem/utilizam ( )
  - Relatórios ( )
  - Ata de registro de reuniões ( )
  - Se houver documento para escala de férias/folgas ( )
  - Há prontuário eletrônico? SIM ( ) Não ( )
  - Existem outras tecnologias utilizadas na assistência? NÃO ( ) SIM ( )
- Sem sim, quais? \_\_\_\_\_

**Outros:** \_\_\_\_\_

#### BUSCAR JUNTO AO GESTOR:

- Se há plano de cargos e salários ( )
- Documento de avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes ( )
- Registro de acidentes de trabalho específico dos profissionais das equipes ( )
- Outros: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (folha 01)

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada: “**Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família**”. A pesquisa tem como **objetivo**: analisar a influência da inovação tecnológica não material Estratégia Saúde da Família (ESF) na satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde, e obedecerá os preceitos éticos expressos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Trata-se de um estudo com uma abordagem qualitativa sendo utilizados três instrumentos para a coleta de dados: entrevistas semiestruturadas, observação sistemática e estudo documental.

As **entrevistas semiestruturadas** serão compostas por perguntas fechadas e abertas, que buscarão identificar e caracterizar os aspectos que se relacionam ao trabalho na Estratégia Saúde da Família e sua inter-relação com a satisfação e insatisfação dos trabalhadores. A entrevista será gravada por meio de um gravador digital. Na **observação** serão observados a estrutura da ESF, o processo de trabalho, intercorrências e reações de um período de trabalho que posteriormente serão registrados em diário de campo. Já no **estudo documental** serão analisados os escritos disponíveis nos locais onde será realizada a pesquisa, que contenham informações relevantes sobre a temática.

Os materiais fruto da coleta de dados ficarão armazenados com o pesquisador por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados.

A sua participação trará benefícios para o setor saúde, de modo a permitir uma compreensão dos elementos que causam insatisfação e satisfação dos trabalhadores da ESF, com vistas a refletir em proposição de políticas públicas de saúde, melhorias para a saúde do trabalhador e/ou consequentemente uma assistência a saúde de maior qualidade.

A sua participação não envolverá riscos físicos. Pelo caráter interacional da coleta de dados poderá incorrer em possíveis desconfortos que se restringi a problemas de comunicação, entretanto, você tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(folha 02)**

Diante da sua participação, fica garantido o sigilo e a privacidade das informações fornecidas. Por se tratar de um estudo de cunho acadêmico, os resultados da pesquisa, serão publicados em congressos, seminários, revistas entre outros. Todavia, o anonimato de seu nome será preservado pela substituição por códigos alfa numérico.

Após sentir-se esclarecido (a), caso você aceite participar, assinie ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador. Agradecemos sua atenção.

\_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do participante    Assinatura do participante    Assinatura do pesquisador

**Informações sobre a pesquisa**

Pesquisador responsável: Dra. Denise Elvira Pires  
 de Pires;  
 Telefone: (48) 99611569;  
 Email: piresdp@yahoo.com.

Pesquisador: Msc. Jacks Soratto;  
 Telefone: (48) 99347881;  
 Email:  
 jackssoratto@hotmail.com.

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina Telefone: (48) 3721-9206 Email: cep@reitoria.ufsc.br
--

## APÊNDICE E – Roteiro para contextualização das regiões

1. **O contexto político, institucional, social e a atenção básica em saúde no município**
  - Definir o município (1 ou 2 parágrafos) *somente se possui mais que uma ESF* para não oportunizar identificação.
    - Data de fundação, area, população, economia;
  - Um pouco do histórico da ABS no município
    - Ano da implantação da ESF (se possível elencar dificuldades e facilidades)
  - Se existe sistema informatizado;
  - A jornada de trabalho dos profissionais (carga horaria e horário de funcionamento das ESF);
  - Forma de contratação;
  - Se há ou não alguma forma de avaliação e acompanhamento das equipes.
  - Número de Unidades no município (se possível numero de distritos etc)
  - Número de ESF no município (% cobertura);
  - E por fim, citar a quantidades de Unidades que serão estudadas bem como o número de equipes.
2. **ESF (falar um pouco sobre a ESF)**
  - Localização da Unidade (próximo a escola, possui muro em sua frente etc).
  - Mencionar condicionantes sociais do bairro.
  - Número de pessoas do bairro.
  - Citar aspectos sociais importantes (existência de escolas, creches etc).
- 2.1 Estrutura física, instrumentos de trabalho, e processo de trabalho da ESF [tabela a]
  - Como é a estrutura externa e as subdivisões internas (estrutura física, iluminação, ventilação, pisos, estado dos materiais de trabalho como mobília, se possui identificação os setores etc).
  - Instrumentos de trabalho (são suficientes etc)
- 2.2 Processo de trabalho em saúde na ESF X [tabela b]
  - Território de atuação (número de pessoas assistidas) versus número de profissionais
  - Como se dá o processo de trabalho (integral, fragmentado, por áreas de atuação etc);
  - Se existe agenda de trabalho da equipe;
  - Se existe e quais são as atividades educativas;
  - Se existe acompanhamento e avaliação das ações em saúde

**Tabela a - Aspectos estruturais presentes e ausentes da ESF**

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência		
	ACS		
	Almoxarifado		
	Arquivos e registros		
	Farmácia		
	Recepção		
	Reuniões		
Clínico	Coleta		
	Compressor e bomba		
	Consultório médico/enfermagem		
	Consultório odontológico		
	Curativo		
	Escovário		
	Nebulização		
	Procedimentos		
	Vacinas		
Apoio	Banheiro para profissionais		
	Banheiro para usuários deficientes		
	Banheiro para usuários por sexo		
	Central de material e esterilização		
	Copa/cozinha		
	Depósito de lixo		
	Depósito de material de limpeza		
	Resíduos sólidos [expurgo]		



**Tabela B - Características do processo de trabalho da ESF**

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.		
Definição da população sob responsabilidade.		
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].		
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.		
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.		
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].		
Realização de atenção a saúde na Unidade.		
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais		
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas		
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].		
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].		
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].		
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].		
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		

**APÊNDICE F - Características estruturais da ESF Centro-oeste 1**

<b>Setor</b>	<b>Área/sala</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Administrativo	Administração e gerência	x	
	ACS	x	
	Almoxarifado		x
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões	x	
Clínico	Coleta	x	
	Compressor e bomba	x	
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico	x	
	Curativo	x	
	Escovário		x
	Nebulização	x	
	Procedimentos	x	
	Vacinas	x	
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes	x	
	Banheiro para usuários por sexo	x	
	Central de material e esterilização	x	
	Copa/cozinha	x	
	Depósito de lixo	x	
	Depósito de material de limpeza	x	
	Resíduos sólidos [expurgo]	x	

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.

**APÊNDICE G – Características do processo de trabalho da ESF  
Centro-oeste 1**

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.	x	
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].	x	
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].		x
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].		x
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].	x	
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		x

Fonte: baseado em Brasil 2012.

## APÊNDICE H – Características estruturais da ESF Centro-oeste 2

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência	x	
	ACS	x	
	Almoxarifado		x
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões	x	
Clínico	Coleta	x	
	Compressor e bomba		x
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico		x
	Curativo		x
	Escovário		x
	Nebulização		x
	Procedimentos		x
	Vacinas		x
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes		x
	Banheiro para usuários por sexo	x	
	Central de material e esterilização		x
	Copa/cozinha	x	
	Depósito de lixo	x	
	Depósito de material de limpeza	x	
	Resíduos sólidos [expurgo]		x

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.

**APÊNDICE I – Características do processo de trabalho da ESF  
Centro-oeste 2**

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.	x	
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].	x	
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].	x	
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].		x
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].	x	
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		x

Fonte: baseado em Brasil 2012.

### APÊNDICE J – Características estruturais da ESF Centro-oeste 3

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência	x	
	ACS	x	
	Almoxarifado		x
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões		x
Clínico	Coleta	x	
	Compressor e bomba	x	
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico	x	
	Curativo	x	
	Escovário	x	
	Nebulização	x	
	Procedimentos	x	
	Vacinas		x
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes	x	
	Banheiro para usuários por sexo	x	
	Central de material e esterilização	x	
	Copa/cozinha	x	
	Depósito de lixo	x	
	Depósito de material de limpeza		x
	Resíduos sólidos [expurgo]		x

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.

**APÊNDICE K – Características do processo de trabalho da ESF  
Centro-oeste 3**

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.	x	
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].	x	
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].	x	
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].	x	
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].		x
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		x

Fonte: estruturado pelo autor, baseado em Brasil 2012.

### APÊNDICE L – Características estruturais da ESF Nordeste 1

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência	x	
	ACS	x	
	Almoxarifado		x
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões		x
Clínico	Coleta	x	
	Compressor e bomba		x
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico	x	
	Curativo	x	
	Escovário	x	
	Nebulização	x	
	Procedimentos	x	
	Vacinas	x	
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes		x
	Banheiro para usuários por sexo	x	
	Central de material e esterilização		x
	Copa/cozinha		x
	Depósito de lixo	x	
	Depósito de material de limpeza		x
	Resíduos sólidos [expurgo]		x

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.



**APÊNDICE M – Características do processo de trabalho da ESF  
Nordeste 1**

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.		x
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].		x
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].	x	
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].		x
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].	x	
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		x

Fonte: baseado em Brasil 2012.

## APÊNDICE N – Características estruturais da ESF Nordeste 2

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência	x	
	ACS		x
	Almoxarifado	x	
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia		x
	Recepção	x	
	Reuniões	x	
Clínico	Coleta	x	
	Compressor e bomba		x
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico	x	
	Curativo	x	
	Escovário	x	
	Nebulização	x	
	Procedimentos	x	
	Vacinas	x	
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes	x	
	Banheiro para usuários por sexo	x	
	Central de material e esterilização	x	
	Copa/cozinha	x	
	Depósito de lixo	x	
	Depósito de material de limpeza	x	
	Resíduos sólidos [expurgo]		x

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.

**APÊNDICE O – Características do processo de trabalho da ESF  
Nordeste 2**

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.		x
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].		x
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].	x	
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].		x
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].	x	
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		x

Fonte: baseado em Brasil 2012.

### APÊNDICE P – Características estruturais da ESF Nordeste 3

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência	x	
	ACS		x
	Almoxarifado	x	
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões		x
Clínico	Coleta		x
	Compressor e bomba	x	
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico	x	
	Curativo	x	
	Escovário		x
	Nebulização	x	
	Procedimentos	x	
	Vacinas	x	
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes		x
	Banheiro para usuários por sexo	x	
	Central de material e esterilização		x
	Copa/cozinha	x	
	Depósito de lixo	x	
	Depósito de material de limpeza		x
	Resíduos sólidos [expurgo]		x

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.

**APÊNDICE Q – Características do processo de trabalho da ESF  
Nordeste 3**

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.		x
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].		x
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].	x	
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].		x
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].	x	
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		x

Fonte: baseado em Brasil 2012.

### APÊNDICE R – Características estruturais da ESF Norte 1

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência	x	
	ACS	x	
	Almoxarifado	x	
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões	x	
Clínico	Coleta	x	
	Compressor e bomba		x
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico		x
	Curativo	x	
	Escovário		x
	Nebulização		x
	Procedimentos	x	
	Vacinas	x	
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes		x
	Banheiro para usuários por sexo		x
	Central de material e esterilização		x
	Copa/cozinha	x	
	Depósito de lixo		x
	Depósito de material de limpeza	x	
	Resíduos sólidos [expurgo]	x	

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.

## APÊNDICE S – Características do processo de trabalho da ESF Norte 1

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.	x	
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].		x
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais.	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas.	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].	x	
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].	x	
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].		x
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].	x	

Fonte: baseado em Brasil 2012.

### APÊNDICE T – Características estruturais da ESF Norte 2

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência	x	
	ACS	x	
	Almoxarifado	x	
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões		x
Clínico	Coleta	x	
	Compressor e bomba		x
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico	x	
	Curativo		x
	Escovário	x	
	Nebulização		x
	Procedimentos		x
	Vacinas	x	
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes		x
	Banheiro para usuários por sexo		x
	Central de material e esterilização		x
	Copa/cozinha	x	
	Depósito de lixo		x
	Depósito de material de limpeza	x	
	Resíduos sólidos [expurgo]		x

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.



## APÊNDICE U – Características do processo de trabalho da ESF Norte 2

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.		x
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].	x	
Realização de atenção a saúde na Unidade.		x
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais.	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas.	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].	x	
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].		x
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].		x
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].		x
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		x

Fonte: baseado em Brasil 2012.

### APÊNDICE V – Características estruturais da ESF Sudeste 01

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência	x	
	ACS	x	
	Almoxarifado	x	
	Arquivos e registros		x
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões		x
Clínico	Coleta	x	
	Compressor e bomba	x	
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico	x	
	Curativo	x	
	Escovário		x
	Nebulização	x	
	Procedimentos	x	
	Vacinas	x	
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes		x
	Banheiro para usuários por sexo	x	
	Central de material e esterilização	x	
	Copa/cozinha		x
	Depósito de lixo	x	
	Depósito de material de limpeza	x	
	Resíduos sólidos [expurgo]		x

Fonte: estruturado pelo autor, baseado em Brasil 2008, 2012.

## APÊNDICE X – Características do processo de trabalho da ESF Sudeste 01

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.		x
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].		x
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].		x
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].		x
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].	x	
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		x

Fonte: baseado em Brasil 2012.

### APÊNDICE Y – Características estruturais da ESF Sul 1

Setor	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência		x
	ACS	x	
	Almoxarifado		x
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões		x
Clínico	Coleta		x
	Compressor e bomba		x
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico	x	
	Curativo	x	
	Escovário		x
	Nebulização	x	
	Procedimentos	x	
	Vacinas	x	
Apóio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes		x
	Banheiro para usuários por sexo	x	
	Central de material e esterilização		x
	Copa/cozinha	x	
	Depósito de lixo	x	
	Depósito de material de limpeza		x
	Resíduos sólidos (expurgo)		x

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.

## APÊNDICE Z – Características estruturais da ESF Sul 2

Sector	Área/sala	Sim	Não
Administrativo	Administração e gerência		x
	ACS	x	
	Almoxarifado		x
	Arquivos e registros	x	
	Farmácia	x	
	Recepção	x	
	Reuniões		x
Clínico	Coleta	x	
	Compressor e bomba	x	
	Consultório médico/enfermagem	x	
	Consultório odontológico	x	
	Curativo	x	
	Escovário		x
	Nebulização	x	
	Procedimentos	x	
	Vacinas	x	
Apoio	Banheiro para profissionais	x	
	Banheiro para usuários deficientes		x
	Banheiro para usuários por sexo	x	
	Central de material e esterilização	x	
	Copa/cozinha	x	
	Depósito de lixo	x	
	Depósito de material de limpeza	x	
	Resíduos sólidos [expurgo]		x

Fonte: baseado em Brasil 2008, 2012.

**APÊNDICE AA – Características do processo de trabalho da ESF  
Sul 1**

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.	x	
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].	x	
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].		x
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].	x	
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].	x	
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].		x

Fonte: baseado em Brasil 2012.

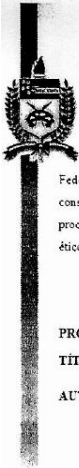
**APÊNDICE BB – Características do processo de trabalho da ESF  
Sul 2**

<b>Aspectos contemplados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Definição de território de atuação da equipe.	x	
Definição da população sob responsabilidade.	x	
Programação das atividades de atenção a saúde [agenda de trabalho].	x	
Desenvolvimento de ações que priorizem grupos de riscos.	x	
Realização de acolhimento e escuta dos usuários.	x	
Realização da classificação de risco [dá prioridade a quem mais precisa no momento do atendimento].		x
Realização de atenção a saúde na Unidade.	x	
Realização de atenção a saúde no domicílio e em outros locais	x	
Desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas	x	
Participação coletiva nos processos de gestão [todos os profissionais tem possibilidade de participar das decisões da ESF].		x
Participação do planejamento local de saúde [reunião com a comunidade para planejar as demandas de saúde do bairro/local].		x
Monitoramento e avaliação das ações na equipe [reunião de equipe].	x	
Desenvolvimento de ações intersetoriais [ações de saúde que integram e se relacionam com outros setores].		x
Incentivo ao controle social [existência de conselho local de saúde].	x	

Fonte: baseado em Brasil 2012.

## ANEXOS

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO 01 DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 971

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regulamento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

PROCESSO: 971                      FR: 366844

**TÍTULO:** Novas tecnologias e Trabalho em Saúde. Parte II: Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde

**AUTOR:** Denise Elvira Pires de Pires, Denise Elvira Pires de Pires, Letícia de Lima Trindade

FLORIANÓPOLIS, 25 de Outubro de 2010

---

Coordenador do CEPSH UFSC



## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO 02 DO COMITE DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família

**Pesquisador:** DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25557614.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 723.695

**Data da Relatoria:** 14/07/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de emenda com inclusão de instituição co-participante de uma pesquisa vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Doutorado que pretende, a partir de um estudo de campo com abordagem qualitativa, conhecer graus de satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais vinculados a Estratégia de saúde da família.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a influência da inovação tecnológica não material Estratégia Saúde da Família, na satisfação e insatisfação dos profissionais de saúde no Brasil. Caracterizar o perfil dos profissionais que atuam na ESF nas cinco regiões geográficas do país envolvidas na pesquisa, a saber: Sudeste e Nordeste; Caracterizar o contexto político-institucional no qual as equipes desenvolvem o seu trabalho; Identificar os motivos de satisfação e insatisfação no trabalho considerando os que predominaram e analisando semelhanças e diferenças associadas aos diferentes contextos e categorias profissionais; Relacionar os motivos de satisfação e insatisfação com o modelo assistencial da ESF.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como benefícios: permitir uma compreensão dos elementos que causam insatisfação e satisfação dos trabalhadores da ESF, com vistas a refletir em proposição de políticas públicas de saúde.

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 723.696

melhorias para a saúde do trabalhador e/ou conseqüentemente uma assistência a saúde de maior qualidade. Como riscos: poderá incorrer em possíveis desconfortos que se restringi a problemas de comunicação, entretanto, o participante terá a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

a pesquisa está bem delineada e já foi aprovada por este Comitê em momento anterior. Por trata-se apenas de uma emenda que referenda instituição co-participante sem outras alterações, segue-se a aprovação do mesmo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

sem considerações

**Recomendações:**

sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conclusão: aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 21 de Julho de 2014

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br